

L'APPLICATION MÉDICALE DES ASSURANCES SOCIALES

Thèse pour le Doctorat en Droit

Présentée et soutenue le 21 mai 1931.

PAR

Robert DELOBEL

JURY

Président : M. ROUAST, Professeur.

*Suffragants : MM. Maurice PICARD, Professeur.
ESCARRA, Professeur.*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, (V°)

1931

L'APPLICATION MÉDICALE DES ASSURANCES SOCIALES

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

L'APPLICATION MÉDICALE DES ASSURANCES SOCIALES

Thèse pour le Doctorat en Droit

Présentée et soutenue le 21 mai 1931.

PAR

Robert DELOBEL

JURY

Président : M. ROUAST, Professeur.

*Suffragants : MM. Maurice PICARD, Professeur.
ESCARRA, Professeur.*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, (v°)

1931



AVANT-PROPOS

On cherchera vainement dans cette étude l'écho des violentes polémiques qui ont entouré l'élaboration des lois des 5 mars 1928 et 30 avril 1930. Nous laissons à d'autres, plus qualifiés ou plus combatifs, le soin d'épiloguer sur le principe même et sur l'opportunité des assurances sociales.

Au demeurant, il semble que le sujet doive être complètement épuisé, à en juger par l'abondante littérature qu'il a inspirée et par les innombrables discours dont il a été le prétexte.

Notre but est plus modeste et en même temps plus utilitaire. Nous n'avons en vue que l'application de la nouvelle loi.

Est-ce à dire que nous considérons les textes actuels comme absolument intangibles ? Evidemment non. Et ce ne sont pas les partisans, même les plus enthousiastes, des assurances sociales qui nous le reprocheront. Le Docteur CHAUMEAU n'a-t-il pas écrit lui-même : « Observons d'abord qu'assurément la loi est perfectible. C'est le propre des lois sociales d'être remises sur le chantier ; car il est nécessaire d'adapter les textes à la souplesse des faits. » ?¹

Nous nous sommes donc permis d'indiquer inci-

(1) Docteur CHAUMEAU. « Loi sur les Assurances Sociales », page 3.

*demment les quelques retouches qu'il nous paraît-
trait désirable de voir apporter à la législation en
vigueur, pour en rendre l'application plus facile et
plus féconde. Là encore, nous avons tenu à nous
placer exclusivement sur le terrain pratique.*

INTRODUCTION

Au lendemain du vote de la loi du 30 avril 1930, un journaliste écrivait, non sans ironie : « Malgré les « clameurs réactionnaires et malgré les injures communistes, la grande loi entrera en vigueur à la date « annoncée du premier juillet. Espérons que d'ici là, « on aura trouvé le moyen de la rendre lisible pour « l'assujetti moyen : la besogne ne sera pas mince ».

Il faut reconnaître que la lecture de la Loi et des nombreux textes destinés à la compléter serait de nature à rebuter plus d'un assuré. Or, il est nécessaire qu'une législation appelée à jouer un rôle si important dans notre société soit mise à la portée de tous.

C'est une tâche d'autant plus malaisée que l'œuvre entreprise par le législateur est très vaste. Rappelons qu'aux termes de l'article premier de la Loi « les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille, « de maternité et de chômage involontaire par « manque de travail ».

Programme immense qui tend à mettre les travailleurs et leurs familles à l'abri de tous les risques dont ils sont menacés et dont on n'a pas craint cependant de prévoir la réalisation en une seule étape.

La diversité des risques à couvrir exige que l'assurance de chacun d'eux soit envisagée séparément. Nous nous sommes contenté d'étudier le rôle réservé au corps médical dans l'application des assurances sociales : c'est dire que nous nous sommes attaché spécialement aux prestations en nature de l'assurance-maladie, de l'assurance-maternité, et de l'assurance-invalidité. Nous avons été amené à indiquer également, mais d'une façon plus sommaire, le mécanisme des autres prestations prévues par ces trois assurances.

Nous n'avons pas cru nécessaire de revenir sur l'ensemble du système institué par la loi nouvelle. Nous pensons que chacun sait aujourd'hui quelles sont les différentes catégories de travailleurs appelées à en bénéficier et connaît, au moins sommairement, les règles applicables à l'immatriculation des assurés et au paiement de leurs cotisations.

Nous supposons également connu le mécanisme administratif et financier des assurances sociales.

Il suffit d'ailleurs, pour se documenter complètement sur ces notions, de consulter l'un des nombreux commentaires des lois des 5 avril 1929 et 5 février 1930. Nous avons surtout utilisé ceux de M. le Professeur Roger PICARD et ceux de MM. René HUBERT, René LEPROUST et Daniel JAVERZAC.

Nous avons négligé à dessein les dispositions spéciales en faveur des assurés des professions agricoles. Ceux-ci sont en effet affiliés, pour la couverture des risques de répartition, à des sociétés de secours

mutuels et le régime qui leur sera applicable en ce qui concerne le service des prestations n'est pas encore définitivement fixé.

Nous aurions voulu publier en annexe les principaux textes concernant notre matière. Leur nombre et leur importance nous en ont empêché. Nous nous bornons à y renvoyer le lecteur pour tous les détails d'application qui n'ont pas trouvé place dans le cadre nécessairement restreint de cette étude.

L'ASSURANCE-MALADIE

CONDITIONS PREALABLES QUE DOIT REMPLIR L'ASSURE POUR POUVOIR BENEFICIER DE L'ASSURANCE-MALADIE

CONDITIONS DE COTISATIONS.

1. En Allemagne, il n'est pas nécessaire de justifier du paiement des cotisations pour avoir droit aux prestations; il n'est même pas indispensable d'être régulièrement affilié à l'assurance; il suffit de se trouver dans les conditions de travail requises pour rentrer dans la catégorie des assurés obligatoires.

La loi française est, à ce point de vue, plus exigeante. Chez nous, pour qu'un assuré obligatoire ou facultatif puisse réclamer le bénéfice de l'assurance-maladie, il doit « avoir cotisé soixante jours, durant les trois mois antérieurs, ou deux cent quarante jours durant les douze mois précédant la maladie » (art. 5, § 2 de la Loi).

Il faut et il suffit que l'assuré satisfasse à l'une ou à l'autre de ces conditions. Peu importe que son immatriculation remonte à plus ou moins d'un an.

PÉRIODE DE TROIS MOIS
OU DE DOUZE MOIS A CONSIDÉRER.

2. D'après l'arrêté ministériel du 6 septembre 1930, « la date à laquelle est déterminé le droit de l'assuré ou de ses ayants droit aux prestations de l'assurance-maladie, est celle du dernier jour du mois qui précède la première constatation médicale ». On présume en effet que la première constatation médicale coïncide avec la date du début de la maladie (art. 4, § 8 de la Loi).

3. Les assurés demeurent garantis, même après leur radiation, tant qu'ils peuvent justifier du nombre voulu de cotisations au cours des trois mois ou des douze mois ayant précédé le début de la maladie.

ASSIMILATION DES JOURNÉES
DE MALADIE INDEMNISÉES
AUX JOURNÉES DE COTISATION.

4. Lorsque les assurés sont dans l'impossibilité de travailler pour cause de maladie, les versements de cotisations en leur faveur sont suspendus. Pour éviter qu'ils soient privés du bénéfice de l'assurance, il est prévu que les journées de maladie pour lesquelles ils reçoivent des indemnités doivent être décomptées comme journées de cotisation (art. 5, § 2 de la Loi).

Nous verrons ¹ que c'est seulement à partir du qua-

(1) Ci-après § 24.

trième ou du sixième jour après le début de la maladie, et pendant une période de six mois, que l'assuré incapable de travailler peut recevoir des indemnités au titre de l'assurance-maladie. Les premières journées de maladie ainsi que celles postérieures à la période de six mois ne sont donc pas « indemnisées » et ne peuvent pas être décomptées comme « journées de cotisation ».

5. Bien que le texte ne vise que les journées de « maladie », il n'est pas douteux que les journées pour lesquelles les femmes assurées reçoivent des indemnités journalières au titre de l'assurance-maternité, doivent également être assimilées à des journées de cotisation.

Il n'en est pas de même des journées d'incapacité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Nous verrons que ces accidents et ces maladies ne donnent pas ouverture aux prestations des assurances sociales¹. Les assurés qui en sont victimes doivent, s'ils veulent éviter de perdre leurs droits à l'assurance, opérer des versements facultatifs : l'article 2, § 10 de la Loi le leur permet.

SITUATION DES ASSURÉS CHANGEANT DE CAISSE PRIMAIRE.

6. Lorsqu'un assuré change de caisse primaire, la nouvelle caisse n'est tenue de lui servir des prestations que si elle a encaissé pour son compte 60 coti-

(1) Ci-après §§ 14 à 16.

sations journalières pendant les trois mois, ou 240 cotisations journalières pendant les douze mois ayant précédé le début de la maladie.

Pour qu'il ne cesse à aucun moment d'être couvert par l'assurance, la Loi décide que « la caisse ancienne reste responsable de la totalité des prestations au profit de l'assuré ou de ses ayants droit tant que l'assuré ne peut se trouver régulièrement garanti par la nouvelle caisse ». (art. 35, § 2).

Il est à prévoir que l'application de ce texte donnera lieu à de nombreuses difficultés.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-MALADIE

7. On distingue :

1° les prestations en nature dont bénéficient tant l'assuré que son conjoint et les enfants à leur charge et qui ont pour objet de couvrir les frais nécessités par leur maladie;

2° les prestations en argent auxquelles l'assuré seul a droit et qui sont destinées à l'indemniser de la perte de son salaire lorsqu'il est incapable de travailler.

LES PRESTATIONS EN NATURE

Personnes appelées à en bénéficier.

8. Outre l'assuré, peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance-maladie :

1° son conjoint;

2° leurs enfants à charge, non salariés, âgés de moins de 16 ans.

CONJOINT.

9. Le conjoint doit n'être ni divorcé, ni séparé de corps, mais il n'est pas nécessaire qu'il demeure en fait avec l'assuré. En cas de décès de l'assuré, son

conjoint perd, à compter du jour du décès, tous ses droits aux prestations.

Seul l'époux légitime de l'assuré est fondé à se prévaloir de l'assurance : le concubin ne peut y avoir recours en aucun cas.

10. Enfin, le conjoint d'un ou d'une assurée ne peut pas bénéficier des prestations en nature si « son revenu commercial déclaré » dépasse un certain chiffre, celui à partir duquel il n'a plus le droit de demander son admission au bénéfice de l'assurance facultative (art. 4, § 1, al. 2 de la Loi). On a voulu par là empêcher les familles fortunées de profiter des avantages des assurances sociales. On a voulu éviter notamment qu'un mari, ne remplissant pas lui-même les conditions nécessaires pour être assuré, pût bénéficier indirectement de l'assurance par l'intermédiaire de sa femme : il pourrait, par exemple la déclarer comme salariée au service de sa propre entreprise. Mais la disposition restrictive contenue dans la loi est insuffisante parce qu'elle ne vise que les revenus commerciaux. Le conjoint de l'assuré peut fort bien, sans être commerçant, avoir par ailleurs des revenus très importants (appointements, revenus de valeurs mobilières, etc...); il peut aussi cumuler de faibles revenus commerciaux avec d'autres ressources beaucoup plus considérables. Dans l'état actuel des textes, cela ne l'empêche pas de bénéficier de l'assurance¹.

(1) Voir cependant, en sens contraire, la réponse du Ministre du Travail à M. Monfeuillart, sénateur, parue au J. O. du 6 mai 1931. — Déb. parl. Sénat, page 949.

ENFANTS.

11. Ont droit aux prestations tous les enfants à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, recueillis ou adoptifs (art. 20, § 2 de la Loi).

On admet qu'un enfant est à la charge d'un assuré dès lors que celui-ci doit lui venir en aide matérielle-ment. Si l'enfant dispose de revenus personnels suf-fisants pour subvenir à tous ses besoins, il n'est à la charge de personne.

En général, un enfant est à la fois à la charge de son père et de sa mère. En cas de divorce ou de sépa-ration de corps, si l'un des parents est condamné à payer une pension alimentaire devant couvrir inté-gralement les frais d'entretien de l'enfant, ce dernier est exclusivement à la charge du débirentier.

12. Lorsque le père et la mère sont tous deux assu-rés, les enfants peuvent à double titre bénéficier de l'assurance. Mais il arrive fréquemment que les pa-rents soient affiliés à deux caisses primaires diffé-rentes. A laquelle incombe-t-il de supporter les frais entraînés par la maladie des enfants ?

Le législateur ne paraît pas s'en être préoccupé, et, d'après le texte de la Loi, il semble bien que les inté-ressés aient le droit de s'adresser indistinctement à l'une ou à l'autre (Voir l'art. 4, § 1 de la Loi).

Cette imprécision est regrettable car, si on laisse le choix aux assurés, ils auront une tendance bien natu-relle à faire soigner leurs enfants aux frais des

caisses les mieux organisées ou les plus généreuses et celles-ci se trouveront ainsi obérées.

D'ailleurs cette interprétation, pour juridique qu'elle nous paraisse, n'a pas été adoptée dans la pratique. L'Administration en effet a décidé qu'à défaut d'accord entre les caisses intéressées il y avait lieu de faire supporter les frais de maladie des enfants par la caisse du père.

Cette mesure a le mérite de la simplicité; mais elle aboutit à des résultats injustes. Certaines caisses primaires comptent surtout des hommes parmi leurs membres, tandis que d'autres sont composées en majeure partie de femmes; les premières se trouvent ainsi désavantagées au profit des secondes. De plus, il est douteux que la doctrine de l'Administration soit ultérieurement sanctionnée par la jurisprudence.

On a envisagé également la possibilité d'établir entre les caisses un système de compensation comportant, soit des ristournes sur le montant des cotisations, soit le partage des frais occasionnés par chaque maladie. Cette combinaison n'est pas très séduisante, car elle entraînerait bien des complications et contribuerait à provoquer des conflits entre les caisses.

Une solution relativement simple et équitable consisterait à faire soigner les garçons aux frais de la caisse du père et les filles aux frais de celle de la mère. Mais il faudrait pour cela une modification au texte de la Loi.

**Circonstances dans lesquelles les prestations
en nature sont accordées.**

13. Les bénéficiaires de l'assurance-maladie peuvent avoir recours aux prestations en nature chaque fois que celles-ci sont nécessitées par le mauvais état de leur santé. Il faut, pour reprendre l'expression de M. le Professeur SOLUS, que l'intéressé soit atteint d'une « lésion organique, quelle qu'en soit l'origine, d'ordre pathologique ou traumatique ». (SOLUS. *Qu'est-ce que les Assurances Sociales ?*, n° 48).

On doit prendre le mot « lésion » dans son sens le plus large; peu importe que la lésion soit congénitale ou acquise.

Les frais médicaux ou pharmaceutiques qui ne sont pas nécessités par l'état pathologique de l'assuré ou de ses ayants droit ne sont pas à la charge de l'assurance; les frais de chirurgie esthétique, par exemple, ne doivent pas être supportés par les caisses.

Toutefois, l'assuré, malade ou non, peut demander tous les cinq ans, qu'il soit procédé aux frais de la caisse, à un examen de sa santé (art. 4, § 11 de la Loi).

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

14. L'assurance ne couvre pas les conséquences des maladies ou blessures « indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail » (art. 8, § 1 de la Loi). Les assurés victimes d'accidents du

travail ou de maladies professionnelles doivent, comme par le passé, être soignés aux frais de leurs employeurs.

Des difficultés ne manqueront pas de se produire à ce sujet entre les caisses primaires, les assurés et les patrons : on peut prévoir le cas où la caisse soutiendra qu'il y a accident du travail, alors que le patron prétendra être dégagé de toute responsabilité.

Le problème sera d'autant plus difficile à résoudre qu'il devra être tranché entre le patron et l'accidenté par les tribunaux de droit commun et entre l'accidenté et la caisse par une commission cantonale prévue par l'article 63 de la loi sur les assurances sociales¹. Les décisions des tribunaux n'étant pas opposables à la caisse et celles de la commission cantonale ne pouvant pas être invoquées contre le patron, l'assuré qui se trouvera débouté par les deux juridictions n'aura plus aucun recours et devra se soigner à ses frais.

Il paraîtrait plus équitable de faire couvrir par les assurances sociales les conséquences de la maladie ou de la blessure toutes les fois que la victime n'a pas pu en être indemnisée par son patron. Mais cette solution libérale favoriserait la collusion de l'assuré et du patron au préjudice de la caisse. C'est pourquoi le texte de la Loi exclut des assurances sociales, non seulement les maladies et les blessures indemnisées, mais encore celles qui sont « susceptibles d'être indemnisées » par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail (art. 8, § 1 de la Loi).

(1) Voir ci-après § 166.

15. Il eut été préférable, dans un but de simplification, et pour donner plus de sécurité aux assurés, de faire garantir par les assurances sociales indistinctement toutes les maladies ou blessures, quelle qu'en fût l'origine. Pour compenser la charge résultant des accidents du travail, il aurait suffi de demander aux patrons une contribution supplémentaire correspondant aux primes qu'ils versent actuellement à des compagnies d'assurances privées.

On aurait pu également se borner à faire, dans tous les cas, dispenser les soins aux malades et aux blessés par l'intermédiaire de la caisse primaire, en réservant cependant à celle-ci, en cas d'accident du travail, un recours contre le patron ou la compagnie d'assurances. De cette façon l'assuré aurait été sûr d'être toujours soigné.

MALADIES PROFESSIONNELLES.

16. C'est cette dernière solution qui a été adoptée par l'article 60, § 3 de la Loi pour les maladies professionnelles :

« L'assuré atteint par une maladie professionnelle,
« dans les conditions prévues par la loi du 25 octo-
« bre 1919, pourra, s'il le désire, s'adresser pour obte-
« nir les soins nécessaires à son état à la caisse d'as-
« surance-maladie à laquelle il est affilié en vertu de
« la présente loi. Dans ce cas, la caisse sera tenue de
« lui délivrer des prestations et elle sera de ce fait
« subrogée dans les droits de l'assuré vis-à-vis du ou

« des employeurs tenus à la garantie du risque professionnel, contre lesquels elle conservera tous recours utiles » ¹.

VICTIME D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL
SOUFFRANT D'UNE AFFECTION
INDÉPENDANTE DE L'ACCIDENT.

17. Il peut arriver qu'un assuré soit à la fois victime d'un accident du travail et atteint d'une affection ayant une autre origine; il doit alors être soigné aux frais de son patron pour les conséquences de l'accident, tandis que les autres soins qui lui sont nécessaires demeurent à la charge de la caisse. Il est facile d'imaginer les multiples complications qui pourront résulter de ce système hybride.

18. Si l'accident entraîne une incapacité de travail, l'assuré se trouve privé de son salaire et il n'est plus versé de cotisations en sa faveur. Pour éviter qu'il ne soit déchu du bénéfice de l'assurance-maladie, la Loi décide que « l'assuré, victime d'un accident du travail conserve ses droits aux prestations pour lui, « son conjoint et les personnes à sa charge, pourvu « qu'il ait cotisé soixante jours dans les trois mois ou

(1) Toutefois, il est à prévoir que, dans les conditions où les assurances sociales sont appliquées actuellement, les assurés atteints de maladies professionnelles n'utiliseront pas la faculté qui leur est ainsi donnée, car ils ont le droit de recevoir de leurs patrons, en remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, des sommes supérieures à celles qui leur seraient accordées par les caisses.

« deux cent quarante jours dans les douze mois qui précèdent l'accident » (art. 60, § 1).

Donc, si une maladie survient chez l'assuré ou chez un de ses ayants droit pendant la période d'incapacité de travail consécutive à l'accident, on doit se placer au jour de l'accident et non au début de la maladie pour apprécier si l'assuré remplit les conditions requises et, de ce fait, a droit aux prestations de l'assurance.

Mais que se passe-t-il si l'affection se déclare alors que l'assuré vient de reprendre son travail ? Doit-on continuer à tenir compte des conditions remplies au jour de l'accident, tant qu'il ne s'est pas écoulé un délai de trois mois depuis la reprise du travail ? Ce serait souhaitable et conforme sans doute à l'intention du législateur ; toutefois, en l'absence d'un texte précis, il est douteux que cette solution, libérale, mais onéreuse pour les caisses primaires, soit adoptée dans la pratique.

Il eut été plus simple et plus avantageux pour les assurés qu'en cas d'accident du travail, comme en cas de maladie couverte par les assurances sociales, les journées d'incapacité donnant lieu au paiement de demi-salaires, fussent décomptées comme journées de cotisations ¹.

(1) Il est à prévoir que les dispositions relatives aux accidentés du travail seront prochainement remaniées.

M. Pierre Laval se préoccupait déjà de la question lorsqu'il était ministre du Travail : « Nous avons omis un autre cas, disait-il au Sénat le 18 novembre 1930, celui des accidentés du travail. Un accidenté du travail voit son incapacité temporaire prendre fin ; il revient à l'usine ; au bout de quelques jours, il tombe malade de nouveau : il ne pourra justifier du versement, pendant le trimestre précédent, des 60 journées de cotisation né-

BLESSURES IMPUTABLES A DES TIERS.

19. L'article 61 de la Loi dispose que « lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure, dont l'assuré est victime, est imputable à un tiers, la caisse d'assurances est subrogée de plein droit à l'intéressé dans son action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure, sous réserve, pour l'assuré, ou ses ayants droit, de tous droits de recours en réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun. »

CONSÉQUENCES DE MALADIES

OU DE BLESSURES DE GUERRE.

20. Les anciens combattants réformés de guerre ont droit, en vertu de la loi du 31 mars 1919 (art. 64) aux soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme. Les assurances sociales n'ont pas à supporter le coût de ces soins qui demeurent à la charge de l'Etat (art. 51, § 1^{er} de la Loi).

21. Pour les maladies, blessures ou infirmités

cessaires et ce malade, qui aurait peut-être droit à une protection particulière, à raison d'une mauvaise consolidation de sa blessure, ne pourra pas bénéficier de la loi sur les assurances sociales : il perdra le bénéfice des sommes qu'il aura versées.

J'ai pensé que là encore, nous avons commis une lacune involontaire qu'il serait possible de réparer par un décret, quitte

n'ayant pas une origine militaire, ils jouissent, ainsi que leur conjoint et leurs enfants, des prestations de l'assurance-maladie au même titre que les autres assurés. Ils sont même avantagés par rapport à ceux-ci car ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques mis à la charge des assurés malades ou invalides.

22. Enfin, on a voulu éviter que les réformés de guerre, dont la santé est souvent compromise par leurs infirmités, fussent pour les caisses primaires une source de dépenses supplémentaires. On a décidé que l'Etat verserait, pour chacun d'eux, une surprime destinée à compenser l'aggravation de risque résultant de leur état (art. 51, § 1^{er}, al. 3 de la Loi).

Le montant de cette surprime a été fixé à 30 francs par tête pour les années 1930 et 1931 (Décret du 27 juillet 1930).

23. On aurait éludé bien des difficultés et grandement simplifié la tâche de l'Etat et celle des caisses, en chargeant ces dernières d'assurer elles-mêmes aux réformés de guerre les soins auxquels ils ont droit en vertu de la loi du 31 mars 1919. Les caisses auraient pu, soit se faire rembourser les frais dans

à le transformer plus tard en texte législatif.

Quoiqu'il en soit, prochainement, quand on discutera la législation nouvelle sur les accidents du travail, je demanderai qu'une disposition soit inscrite pour que les plus dignes d'intérêt, les plus faibles, ceux qui ont un mauvais état de santé, aient droit à une protection particulière au point de vue des assurances sociales ». (J. O. du 19 novembre 1930. Déb. parl. Sén., page 1.640).

chaque cas particulier, soit en être couvertes forfaitairement par une augmentation appropriée de la surprime versée par l'Etat ¹.

PÉRIODE PENDANT LAQUELLE

LES PRESTATIONS SONT ASSURÉES.

24. Les frais médicaux sont couverts par l'assurance-maladie à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention et pendant une période de six mois. Cette période a pour point de départ la date de la première constatation médicale.

Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive (art. 4, § 10 de la Loi). On a voulu éviter que les assurés arrivent, en cas de maladie chronique, à conserver perpétuellement le droit aux prestations en se prétendant guéris et en prétextant une rechute quelques jours après.

25. Si, au contraire, l'intéressé est atteint d'une maladie nouvelle, même moins de deux mois après la guérison de la première, il a droit aux presta-

(1) On aurait pu, au besoin, s'inspirer des dispositions de l'art. 64 (alinéas 8, 9 et 10) de la Loi du 31 mars 1919 qui prévoit la possibilité de faire assurer par les sociétés de secours mutuels ou par les sociétés de secours d'ouvriers mineurs, le service des soins médicaux et pharmaceutiques dus par l'Etat aux pensionnés de guerre faisant partie de ces sociétés. Il pourra d'ailleurs être fait application de ces dispositions par des accords particuliers passés entre l'Etat et les caisses primaires de répartition puisque ces dernières sont constituées sous la forme de sociétés de secours mutuels.

tions pendant une nouvelle période de six mois.

Mais que décider si la nouvelle affection survient alors que le traitement de la première n'est pas encore terminé ? On admet généralement que, dans cette hypothèse, les prestations doivent cesser à l'expiration de la première période de six mois, comme s'il s'agissait d'une seule maladie.

26. Bien que déchu de l'assurance-maladie, l'assuré qui n'est pas guéri au bout de six mois et qui est dans l'incapacité de reprendre son travail, peut souvent continuer à être soigné aux frais de la caisse primaire. Il suffit pour cela qu'il remplisse les conditions requises pour bénéficier de l'assurance-invalidité¹.

Mais, pour être considéré comme invalide, il est nécessaire d'être atteint d'une incapacité de travail. Les malades qui n'abandonnent par leur travail ne peuvent pas se prévaloir de l'assurance-invalidité. Ils se trouvent ainsi placés, bien qu'ils continuent à cotiser, dans une situation tout à fait désavantageuse.

Il y a là une anomalie que les rédacteurs de la Loi n'ont certainement pas aperçue et qu'il importe de corriger au plus tôt : beaucoup de maladies qui nécessitent des traitements longs et coûteux n'entraînent aucune incapacité de travail. Il ne faut pas encourager les assurés qui en sont atteints à essayer de se donner comme invalides.

(1) Cette assurance ne pourra d'ailleurs jouer dans aucun cas avant le premier juillet 1932 puisque, pour en bénéficier, il est nécessaire d'être immatriculé depuis au moins deux ans (Voir ci-après § 47).

DIFFÉRENTES PRESTATIONS PRÉVUES.

27. Les prestations en nature de l'assurance-maladie comprennent :

- 1° les soins médicaux,
- 2° les frais d'interventions chirurgicales,
- 3° les soins dentaires,
- 4° les frais pharmaceutiques et d'appareils,
- 5° les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de cure,
- 6° les frais de transport des malades.

Nous nous proposons d'étudier spécialement la façon dont les soins proprement dits doivent être dispensés aux assurés; mais nous aurons aussi à faire allusion aux autres prestations.

**LES PRESTATIONS EN ARGENT DE
L'ASSURANCE-MALADIE**

PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER
DES PRESTATIONS EN ARGENT.

28. Les prestations en argent de l'assurance-maladie sont accordées aux seuls assurés à l'exclusion des membres de leur famille.

Elles sont dues :

- 1° aux assurés obligatoires,
- 2° aux assurés facultatifs.

Par contre, n'y ont pas droit :

1° les femmes inscrites à l'assurance spéciale des femmes d'assurés,

2° les bénéficiaires de l'assurance-maladie des retraités de la loi.

MALADIES DONNANT DROIT
AUX PRESTATIONS EN ARGENT.

29. Toutes les maladies ou blessures entraînant une incapacité de travail donnent droit aux prestations en argent, à l'exception :

1° des maladies ou blessures indemnisées, ou susceptibles d'être indemnisées, par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail (art. 8, § 1^{er} de la Loi);

2° des maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré (art. 8, § 2 de la Loi).

30. Lorsqu'un assuré est à la fois victime d'un accident du travail et atteint d'une maladie quelconque, il ne peut pas cumuler le demi-salaire dû en vertu de la loi du 9 avril 1898 et les indemnités journalières des assurances sociales; il n'a droit à ces dernières qu'à partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail (art. 60, § 1^{er} de la Loi).

31. Les blessures imputables à un tiers donnent ouverture aux prestations en argent sous réserve de

l'action de la caisse contre le tiers responsable (art. 61 de la Loi).

Quant aux assurés malades ou blessés de guerre, bénéficiaires de la législation sur les pensions militaires, ils ont droit, dans tous les cas, aux prestations en argent de l'assurance-maladie (art. 51, § 1^{er} de la Loi).

CONDITIONS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL.

32. Les indemnités journalières des assurances sociales étant destinées à remplacer le salaire, les assurés n'y ont droit que s'ils ne peuvent pas « d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail... » (art. 5, § 1^{er} de la Loi). L'incapacité de travail est appréciée par le médecin traitant sous réserve du droit de contrôle réservé à la caisse d'assurances.

PÉRIODE PENDANT LAQUELLE

SONT DUES LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.

33. Les indemnités sont dues :

1° à partir du quatrième jour qui suit le début de la maladie, si l'assuré a au moins trois enfants à sa charge;

2° à partir du 6^e jour dans tous les autres cas ¹.

(1) Il ne s'agit pas de délais francs : le premier jour de la maladie étant compté dans les 4 ou 6 jours, le « délai de carence » n'est que de 3 ou 5 jours suivant le cas.

Pour calculer le délai de 4 ou 6 jours, on doit tenir compte indistinctement des jours ouvrables et des jours fériés.

Le premier jour de la maladie est celui de la première constatation médicale, même si l'assuré n'a pas immédiatement abandonné son travail.

Elles sont dues, soit jusqu'à la guérison, c'est-à-dire jusqu'à l'époque à laquelle le médecin estime que l'assuré peut reprendre son travail, soit jusqu'à l'expiration d'une période de six mois à partir du début de la maladie.

MONTANT DES PRESTATIONS EN ARGENT
DE L'ASSURANCE-MALADIE.

34. L'assuré a droit à une indemnité, par jour ouvrable, égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations versées pour son compte au cours des trois mois ou des douze mois qui ont précédé le début de la maladie ou l'accident. Toutefois, les assurés facultatifs ne peuvent, en aucun cas, recevoir des indemnités supérieures à 25 francs par jour.

Par « jours ouvrables », il faut entendre tous les jours autres que les dimanches et les jours de fêtes légales.

35. En cas d'hospitalisation, les indemnités journalières sont réduites :

— du $\frac{1}{3}$ si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge;

— de la moitié si l'assuré est marié sans enfant et s'il n'a pas d'ascendant à sa charge;

— des $\frac{3}{4}$ dans tous les autres cas.

36. Enfin les assurés de nationalité française ont droit à des majorations pour charges de famille (art. 20 de la Loi).

L'ASSURANCE-MATERNITÉ

CONDITIONS REQUISES POUR POUVOIR BENEFICIER DE L'ASSURANCE-MATERNITE

37. Les conditions de versements exigées pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-maternité sont semblables à celles prévues pour l'assurance-maladie. Mais, tandis que pour bénéficier des prestations médicales et pharmaceutiques, il suffit de justifier de ces conditions au jour de la première constatation médicale, pour avoir droit aux indemnités journalières et aux allocations d'allaitement, il est indispensable de les réunir à la date du début de la grossesse. C'est du moins ce qui paraît résulter de la comparaison des §§ 1 et 2 de l'article 9 de la Loi.

Rien n'a été prévu pour la détermination du début de la grossesse. C'est une question de fait qui pourra, dans la pratique, soulever certaines difficultés¹.

Lorsqu'un assuré fait son service militaire ou est appelé sous les drapeaux en toute autre circonstance, il suffit qu'il remplisse les conditions requises au

(1) Consulter à ce sujet la circulaire du Ministre du Travail du 21 mars 1931 sur l'assurance-maternité.

jour de son départ pour que sa femme puisse éventuellement bénéficier de l'assurance-maternité pendant toute la durée de son absence (art. 55 de la Loi).

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-MATERNITE

38. L'assurance-maternité accorde à ses bénéficiaires :

- 1° des prestations médicales et pharmaceutiques;
- 2° des indemnités journalières;
- 3° des primes d'allaitement ou des bons de lait.

PRESTATIONS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES

PERSONNES POUVANT EN BÉNÉFICIER.

39. Les prestations médicales et pharmaceutiques de l'assurance-maternité sont accordées :

1° à la femme assurée obligatoire ou assurée facultative;

2° à la femme de l'assuré (obligatoire ou facultatif).

Par contre, n'y ont pas droit :

- les enfants des assurés;
- les bénéficiaires de l'assurance-maladie des retraités de la Loi.

**CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES
DOIT JOUER L'ASSURANCE-MATERNITÉ.**

40. La femme a droit aux prestations médicales et pharmaceutiques de l'assurance-maternité :

- 1° pendant toute la durée de sa grossesse;
- 2° au cours des six mois qui suivent l'accouchement.

41. Mais l'assurance-maternité ne doit jouer que si la grossesse est normale. En cas de grossesse pathologique, c'est à l'assurance-maladie qu'il faut avoir recours dès la constatation de l'état morbide (art. 9, § 3 de la Loi).

On doit, semble-t-il, considérer comme pathologique toute grossesse qui est la cause d'un état maladif (ostéomalacie, éclampsie...) ou qui se trouve compliquée du fait d'une affection antérieure (cancer utérin, kyste de l'ovaire, fibrôme, affections cardiaques...).

Bien que la loi n'ait visé que la « grossesse » pathologique, il est certain que l'assurance-maladie doit être appliquée même si l'état morbide ne survient qu'après l'accouchement (fièvre puerpérale...).

Par contre, il ne faut pas confondre grossesse pathologique et accouchement anormal : l'assurance-maternité peut continuer à jouer en cas d'accouchement dystocique, même si une intervention sanglante est nécessaire. Il en est de même en cas d'accouchement prématuré si celui-ci n'est pas la conséquence d'une grossesse pathologique.

L'assurance-maladie et l'assurance-maternité peuvent être appliquées alternativement si la grossesse est tour à tour normale et pathologique. Elles peuvent même être appliquées simultanément si l'assurée est

atteinte d'une maladie n'ayant aucune relation avec la grossesse.

Enfin, l'assurance invalidité peut elle-même être appliquée. C'est, dans tous les cas, six mois après l'accouchement qu'elle doit intervenir (art. 9, § 3 de la Loi).

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

LES BÉNÉFICIAIRES.

42. Pour qu'une femme puisse recevoir des indemnités au titre de l'assurance-maternité il est nécessaire qu'elle soit immatriculée comme assurée obligatoire ou comme assurée facultative; la qualité de femme d'assuré ne suffirait pas à lui donner droit à ces indemnités.

PÉRIODE PENDANT LAQUELLE SONT DUES LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.

43. Les indemnités journalières sont dues six semaines avant l'accouchement et six semaines après, soit au total pendant douze semaines.

Pour y avoir droit, l'intéressée doit observer le repos durant la période correspondante et se conformer aux prescriptions contenues dans le règlement de la caisse, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons (art. 9, § 6 de la Loi).

MONTANT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.

44. Les indemnités journalières de l'assurance-maternité sont les mêmes que celles de l'assurance-maladie : elles sont égales à la moitié du salaire de base de l'assurée. Elles sont soumises aux mêmes règles générales que les indemnités dues en cas de maladie.

ALLOCATIONS D'ALLAITEMENT ET BONS DE LAIT

45. Les femmes assurées ont droit, en outre :

1° si elles allaitent leur enfant, à une allocation mensuelle de 150 francs pendant les 4 premiers mois, de 100 francs pendant le cinquième et le sixième et de 50 francs du septième au neuvième mois;

2° si par suite d'incapacité physique ou de maladie, elles sont dans l'incapacité, constatée par le médecin, d'allaiter elles-mêmes complètement leur enfant, et si l'enfant est allaité chez elles d'une autre façon, à des bons de lait pour les quantités indiquées par le médecin et dont la valeur ne peut excéder, en aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement (art. 9, § § 4 à 6 de la Loi) ¹.

(1) En ce qui concerne la délivrance des bons de lait, consulter la circulaire du Ministre du Travail, du 10 janvier 1931 (parue au Journal Officiel du 11 janvier L. et D., p. 380.

L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

46. Peuvent seuls se prévaloir de l'assurance-invalidité :

- 1° les assurés obligatoires,
- 2° les assurés facultatifs,
- 3° les bénéficiaires de l'assurance spéciale des femmes d'assurés.

Le conjoint et les enfants de l'assuré ne peuvent pas en bénéficier s'ils ne sont pas eux-mêmes assurés.

CONDITIONS

D'ANCIENNETÉ ET DE COTISATIONS.

47. Pour pouvoir invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant l'accident ou le début de l'affection qui a entraîné l'invalidité et totaliser, au cours de ces deux années, au moins 480 journées de cotisation.

C'est donc au plus tôt le premier juillet 1932 qu'il pourra être fait appel à l'assurance-invalidité.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES DOIT JOUER
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR INVALIDITÉ.

48. L'assuré est considéré comme invalide lorsqu'il est atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant des deux tiers au moins sa capacité de travail. Toutefois, pour les femmes inscrites à l'assurance spéciale, il faut qu'il y ait « incapacité totale de vaquer aux soins du ménage » (art. 43, § 4 de la Loi).

49. L'assurance invalidité ne joue :

1° en cas de maladie, qu'après l'expiration du délai de six mois à partir duquel l'assuré n'est plus couvert par l'assurance-maladie;

2° en cas d'accident, qu'après la consolidation de la blessure, si elle a lieu moins de six mois après l'accident.

50. L'assurance ne joue pas lorsque l'invalidité est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Mais il ne semble pas qu'on puisse refuser le bénéfice des prestations de l'assurance-invalidité pour les infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré : la disposition restrictive de l'article 8, § 2, ne s'applique en effet qu'en matière d'assurance-maladie.

En cas d'invalidité imputable à un tiers, l'assuré

peut demander à bénéficier de l'assurance; mais la caisse a un recours contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses qui en résultent pour elle.

DÉTERMINATION DU DEGRÉ D'INVALIDITÉ.

51. Un barème spécial pour l'application des assurances sociales sera promulgué par décret. Jusqu'à l'établissement de ce nouveau barème, le degré d'invalidité doit être estimé provisoirement d'après celui en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. Ce barème pourra être complété ou modifié par arrêté du Ministre du Travail, après avis de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances Sociales (art. 10, § 2 de la Loi).

Le degré d'invalidité de l'assuré est apprécié par la caisse d'assurance-invalidité à laquelle il est affilié, après avis de la caisse d'assurance-maladie.

En cas de contestation, il en est référé à une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la caisse et d'un médecin expert désigné par le Président du Tribunal Civil (art. 7, § 3 de la Loi). Les décisions de cette commission sont susceptibles d'appel devant la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Pensions d'invalidité.

52. L'assuré invalide, remplissant les conditions ci-dessus, reçoit une pension d'invalidité dont le montant est déterminé en fonction de son âge, de son ancienneté dans l'assurance et du montant des cotisations qu'il a versées. Cette pension est fixée d'abord à titre provisoire pour une durée de cinq années; elle est supprimée si, au cours de cette période, la capacité de travail devient supérieure à 50 %.

A l'expiration de la première période de cinq années, et après expertise médicale, la pension peut être maintenue. Toutefois, après un nouveau délai de cinq années, le pensionné doit, sur la demande de la caisse, se soumettre à une dernière expertise médicale. Si à la suite de cette expertise la capacité de travail est reconnue supérieure à 50 %, la pension est supprimée. Dans le cas contraire, elle est maintenue définitivement.

Frais médicaux et pharmaceutiques.

PENDANT LA PREMIÈRE PÉRIODE DE CINQ ANNÉES.

53. Au cours des cinq premières années d'invalidité, c'est-à-dire tant que la pension ne lui est servie qu'à titre provisoire, l'assuré continue à avoir droit

aux prestations médicales et pharmaceutiques. Ces prestations lui sont garanties par la caisse d'assurance-maladie à laquelle il était affilié lorsqu'il est devenu invalide. Il peut y recourir non seulement pour le traitement de l'affection qui a entraîné l'invalidité, mais encore pour toute autre maladie ou blessure.

Mais la femme invalide n'a pas droit aux soins médicaux et pharmaceutiques en cas de maternité, à moins qu'il ne s'agisse d'une grossesse pathologique assimilée à une maladie.

L'assurance-invalidité n'accorde les soins médicaux et pharmaceutiques qu'à l'assuré invalide lui-même. Son conjoint et ses enfants n'y ont pas droit.

54. Lorsque le titulaire d'une pension d'invalidité continue à travailler, il peut être à nouveau assuré et avoir droit également à ce titre aux soins médicaux et pharmaceutiques. S'il se fait affilier à une caisse primaire, autre que celle à laquelle il appartenait lorsqu'il est devenu invalide, il peut à son choix se faire soigner aux frais de l'une ou de l'autre des caisses.

APRÈS CONSOLIDATION DE LA PENSION D'INVALIDITÉ.

55. L'article 69, § 3 de la Loi prévoit que le Fonds de majoration et de solidarité « participe dans la mesure de ses disponibilités et suivant un pourcentage à fixer annuellement par décret, aux dépenses résultant :; des frais médicaux et pharmaceuti-

ques à prévoir en faveur des pensionnés depuis plus de cinq ans pour invalidité ». Les titulaires d'une pension d'invalidité définitive pourront donc, si les disponibilités du Fonds de majoration et de solidarité le permettent, bénéficier de prestations médicales et pharmaceutiques; mais il est encore impossible de prévoir dans quelle mesure.

MESURES DESTINÉES A ÉVITER L'INVALIDITÉ

56. Le règlement général d'administration publique du 25 juillet 1930 a prévu la collaboration des caisses d'assurance-invalidité, et des caisses d'assurance-maladie en vue de prévenir l'invalidité.

Voici ce qu'il prescrit à cet effet :

« Art. 37, § 1^{er}. — La caisse d'assurance-maladie doit dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité, pendant la période de maladie.

« § 2. — Elle doit notamment signaler, à partir du 1^{er} juillet 1932, à la caisse à qui incombe le risque invalidité, c'est-à-dire, jusqu'au 1^{er} avril 1934, à la Caisse générale de garantie, les assurés dont la maladie, en se prolongeant au-delà de deux mois, fait présager une invalidité future ou paraît exiger des soins spéciaux tels qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure.

§ 3. — Ces soins peuvent être, d'un commun accord

entre les deux caisses, dispensés par celle qui assure le risque invalidité, à charge de remboursement des frais par la caisse d'assurance-maladie.

« § 4. — Eventuellement, la Caisse assurant le risque invalidité peut assurer la charge de ces soins pour les rendre plus prompts et plus efficaces ».

Il reste à savoir si l'application pratique de ces dispositions pourra toujours se concilier avec les exigences du secret professionnel des médecins.

D'ailleurs, il n'est pas certain que le concours de la caisse d'assurance-invalidité soit bien nécessaire en la circonstance. C'est en effet au médecin qu'il appartient de tout mettre en œuvre pour éviter l'invalidité. Et nous verrons que le médecin est le seul juge du traitement qui doit être suivi par le malade ¹.

(1) Voir ci-après § 128.

LES SOINS MÉDICAUX

L'ATTITUDE DU CORPS MEDICAL VIS-A-VIS DES ASSURANCES SOCIALES

57. Il faudrait ignorer les traditions de désintéressement qui font l'honneur du corps médical français pour croire que sa méfiance à l'égard des assurances sociales était inspirée uniquement par des sentiments égoïstes. Les médecins ont manifesté une inquiétude bien compréhensible à la pensée du profond bouleversement que la nouvelle législation ne manquerait pas d'apporter à leurs habitudes. Mais, c'est surtout au point de vue de l'intérêt général qu'ils se sont placés lorsqu'ils ont combattu pour obtenir les garanties qu'ils estimaient indispensables au bon exercice d'une médecine « saine et honnête ». Au plus fort de la lutte, M. le Professeur Balthazard écrivait : « Plus que leurs intérêts personnels, plus que leur satisfaction d'exercer la médecine sous la forme traditionnelle, les médecins défendent les intérêts des malades »¹. C'est, en effet, le public qui aurait le premier à souffrir de l'abaissement du

(1) *Le Médecin de France*. Année 1929, n° 1, page 3.

niveau moral ou scientifique des médecins ou des entraves apportées au bon exercice de leur profession.

Les représentants du Corps Médical ne se sont jamais montrés hostiles en principe aux assurances sociales : soucieux de ne pas compromettre, par leur opposition, un projet qui leur paraissait cependant répondre aux aspirations d'une partie de la population, ils ont toujours déclaré qu'ils étaient prêts à en faciliter l'application; ils se sont contentés de préciser les quelques conditions essentielles exigées par les médecins pour y collaborer.

58. Bien qu'ils ne fussent pas d'accord entre eux sur certains points de détail, les différents groupements médicaux surent adopter une attitude commune devant le danger que les premiers projets sur les assurances sociales faisaient courir à leur profession : le 30 novembre 1927, un Congrès réunissant les membres de l'Union des Syndicats médicaux de France, de la Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France et du Groupement des Médecins spécialisés, prenait à la presque unanimité les résolutions suivantes qui constituent ce qu'on appelle communément « la Charte du Corps médical » :

*« La loi, le règlement d'administration publique
« ou les contrats ne devront comporter aucune dis-
« position contraire aux principes définis ci-dessous :*

*« 1° Le libre choix, étant entendu que tous les
« médecins, syndiqués ou non, peuvent participer
« aux soins, à condition qu'ils acceptent les clauses*

« du contrat et la juridiction du Conseil de famille
« syndical;

« 2° Le respect absolu du secret professionnel qui
« ne devra être violé ni directement, ni indirecte-
« ment;

« 3° Le droit à des honoraires pour tout malade
« soigné soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout
« autre établissement de soins. »

59. La loi du 5 avril 1928 ne donna pas aux médecins les apaisements qu'ils attendaient. Le Ministre du Travail d'alors, M. LOUCHEUR, essaya néanmoins d'obtenir leur collaboration en leur promettant qu'il serait tenu compte de leurs revendications dans la rédaction du règlement général d'administration publique et des différents textes réglementaires prévus par la loi. Pour arriver à ce résultat, le Ministre constitua une commission extra-parlementaire comprenant des représentants des groupements médicaux et pharmaceutiques. Cette commission était chargée de donner son avis sur toutes les questions qui lui seraient soumises au sujet du règlement d'administration publique. Mais les conclusions de la commission ne furent pas adoptées, le Conseil d'Etat ayant estimé certaines d'entre elles incompatibles avec le texte de la loi.

De nouveaux pourparlers furent engagés directement entre le Ministre et les dirigeants des syndicats médicaux; mais ils n'aboutirent pas et la publication du décret du 30 mars 1929 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du

5 avril 1928, ne fit qu'aggraver le mécontentement des médecins.

60. Entre temps, ceux-ci avaient mis fin à leurs divergences de vues par la fusion de leurs anciens groupements professionnels : en décembre 1928, avait été constituée la « Confédération des Syndicats Médicaux français » groupant, par l'intermédiaire de syndicats locaux, plus des trois quarts des médecins exerçant en France. C'est à celle-ci qu'allait incomber désormais la tâche de continuer la lutte au nom du Corps Médical tout entier.

Le 2 juin 1929, l'Assemblée Générale de la Confédération renouvelait, en les précisant, les vœux exprimés antérieurement par les syndicats médicaux. Voici le texte de l'ordre du jour qui fut adopté à l'unanimité :

*« L'Assemblée Générale de la Confédération des
« Syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929,
« Après avoir pris connaissance des pourparlers
« engagés, à la demande du ministre, par le bureau
« de la Confédération des Syndicats médicaux fran-
« çais, au sujet de la loi des Assurances Sociales,*

« déclare :

*« 1° ne pas accepter les propositions du ministre,
« celles-ci ne permettant pas l'exercice d'une méde-
« cine saine et morale;*

*« 2° s'en tenir aux conditions établies par le
« Congrès des Syndicats médicaux en juillet 1927 et*

« par l'Assemblée générale de la Confédération des
« Syndicats médicaux français, en décembre 1928, à
« savoir :

« a) habilitation par la Confédération des Syndi-
« cats médicaux français des syndicats qui, seuls,
« pourront contracter avec les caisses;

« b) le libre choix, étant entendu que tous les
« médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux
« soins s'ils acceptent les clauses du contrat et la ju-
« ridiction du Conseil de famille syndical, avec le
« droit d'appel devant la Confédération des Syndi-
« cats médicaux français;

« ce libre choix ne sera pas limité aux soins à
« domicile;

« c) respect absolu du secret professionnel qui ne
« devra être violé ni directement, ni indirectement;

« d) droit à des honoraires pour tout malade soi-
« gné, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout au-
« tre établissement de soins. Cette question sera l'objet
« d'une étude ultérieure en ce qui concerne les éta-
« blissements visés par la loi de 1851;

« e) entente directe entre le médecin et le malade
« avec paiement direct par celui-ci des honoraires ha-
« bituels;

« f) liberté de thérapeutique et de prescription,
« l'intérêt technique du traitement devant primer le
« facteur économique;

« g) contrôle des malades par les caisses, des mé-
« decins par le syndicat et commission d'arbitrage en
« cas de désaccord;

« h) nécessité de représentation suffisante du syn-

*« dicat dans les commissions techniques organisées
« par les caisses pour l'organisation technique de tout
« établissement de soins;*

*« 3° déclare que la Confédération des Syndicats
« médicaux français n'apportera sa collaboration au
« fonctionnement des assurances sociales que si les
« conditions ci-dessus énumérées sont en totalité
« inscrites dans un texte de loi ».*

Pour assurer le triomphe de ces revendications, il était demandé à tous les médecins français, syndiqués et non syndiqués, de prendre l'engagement d'honneur de ne pas collaborer à l'application de la loi tant que celle-ci n'aurait pas été modifiée conformément aux vues du Corps Médical.

61. Les efforts des médecins furent, en partie, couronnés de succès : les rédacteurs de la loi du 30 avril 1930 surent s'inspirer, dans une large mesure, des vœux des syndicats médicaux. D'autre part, on ne manqua pas de tenir compte de leurs suggestions pour la rédaction des textes réglementaires concernant l'assurance-maladie. Enfin, une place fut faite aux médecins dans la commission consultative qui fut chargée de l'établissement des projets de contrats-types entre les caisses d'assurances et les syndicats professionnels de praticiens.

62. Néanmoins, les médecins étaient loin d'être pleinement satisfaits car, sur de nombreux points, les garanties qui leur étaient données leur semblaient plus apparentes que réelles. Ils se plaignaient parti-

culièrement du régime prévu pour les assurés hospitalisés.

Quoi qu'il en fût, ils se virent dans la nécessité, quand approcha la date d'entrée en vigueur des assurances sociales, de prendre une décision de principe pour savoir si, oui ou non, ils consentiraient à collaborer à leur application. La Confédération des Syndicats Médicaux convoqua spécialement une Assemblée Générale qui se tint le 27 juillet 1930. Les discussions y furent vives, car nombreux étaient encore les médecins opposés à la collaboration. Tous, d'ailleurs, se montraient assez désillusionnés et pleins d'appréhension pour l'avenir. L'état d'esprit général paraît avoir été assez exactement résumé par M. le Dr Cibrie, Secrétaire Général de la Confédération, lorsqu'il dit : « Nous n'avons pas pu faire de la loi
« d'assurances sociales une loi qui soit un bienfait
« pour le corps médical. C'est une loi que nous avons
« à subir. Il faut nous organiser pour y vivre le plus
« à l'aise possible, en gardant notre dignité et notre
« liberté. C'est tout ce que nous pouvons espérer ».

Devant les graves conséquences qu'aurait pu entraîner leur refus, les membres de l'Assemblée finirent par se décider, d'ailleurs sans enthousiasme, pour la collaboration. Ils se rallièrent, par 13.001 voix contre 1.668, à l'ordre du jour suivant :

« *La Confédération des Syndicats Médicaux français, réunie en Assemblée Générale Extraordinaire*
« *le 27 juillet 1930, après examen de la loi du 30 avril*
« *1930, du règlement d'administration publique, et*

« des conventions-types syndicat-caisses et caisses-
« établissements hospitaliers,

« Regrettant de ne pas voir réaliser de façon plus
« complète certains desiderata essentiels énumérés
« dans la « Charte » du Corps Médical en face des
« lois sociales, mais désireuse de permettre l'expé-
« rience loyale du fonctionnement d'une loi sociale
« de cette importance, décide de collaborer « à titre
« d'essai » au fonctionnement de la dite loi. A titre
« d'essai, c'est-à-dire : sous réserve que les prin-
« cipes essentiels du libre choix, de l'entente directe,
« de l'habilitation, etc... ne soient pas, en fait, ren-
« dus caducs ou inopérants et que les desiderata
« émis par l'assemblée concernant les garanties
« d'hospitalisation figureront dans le rapport annexé
« à la convention-hospitalisation ».

63. Mais les inquiétudes des médecins ne sont pas calmées. Ils redoutent que l'application pratique de la Loi leur ménage des surprises désagréables. En n'accordant leur collaboration qu'à titre d'essai, ils ont voulu réserver l'avenir. MM. les Docteurs CIBRIE et HILAIRE ont traduit leur pensée en ces termes :
« Si l'esprit d'entente, de collaboration franche,
« règne dans les Conseils des Caisses comme chez
« nous, cet essai sera fructueux et nous pourrons
« espérer voir la loi tourner bientôt à régime nor-
« mal.

« Si, au contraire, il nous était démontré que,
« dans la pratique, par des moyens plus ou moins
« détournés, les caisses, dans leur puissance, tentent

« de nous retirer, en fait, certains avantages essen-
« tiels péniblement acquis par nous, alors nous de-
« vrions, à ce moment, déclarer l'essai terminé. Nous
« aurions prouvé notre loyalisme et notre bonne foi;
« nous pourrions, la tête haute, braver les manifes-
« tations de l'opinion publique ¹ ».

*

* *

64. Ainsi que nous venons de le voir, les principales revendications des médecins concernent :

- 1° le libre choix,
- 2° l'entente directe,
- 3° la liberté de thérapeutique et de prescription,
- 4° le secret professionnel,
- 5° le contrôle.

Dans quelle mesure est-il donné satisfaction aux médecins sur ces différents points ? Nous le verrons dans les prochains chapitres.

Nous analyserons d'abord le régime des soins donnés au domicile du malade ou au cabinet du praticien, réservant pour un chapitre ultérieur l'étude de l'hospitalisation. Mais auparavant, les conventions entre les caisses primaires et les syndicats professionnels de médecins doivent retenir notre attention.

(1) *Guide pratique des assurances sociales*, page II de la préface.

LES CONVENTIONS ENTRE LES CAISSES ET LES SYNDICATS DE MEDECINS

65. La Loi prévoit que les conditions dans lesquelles les soins doivent être dispensés aux assurés font l'objet de conventions entre les caisses primaires et les syndicats professionnels de praticiens. Les plus importantes de ces conventions sont celles passées avec les syndicats de médecins.

LES PARTIES CONTRACTANTES.

Les caisses. — 66. Toutes les caisses primaires de répartition constituées régulièrement et ayant reçu l'agrément du Ministre du Travail peuvent passer des conventions.

Dans la plupart des régions, les caisses se sont groupées en fédérations départementales pour discuter en commun, avec les syndicats de praticiens, les conditions de ces conventions. Mais une fédération de caisses n'a pas qualité pour contracter elle-même avec les syndicats; elle se borne à établir des projets communs; et il appartient à chaque caisse de signer pour son propre compte des conventions conformes à ces projets.

Les Syndicats de Médecins. — 67. Pour pouvoir

contracter avec les caisses, les syndicats de praticiens doivent « être habilités par leurs groupements « nationaux (art. 4, § 4, al. 3 de la Loi).

Le législateur n'a pas précisé ce qu'il entendait par « groupements nationaux ». Actuellement, il n'existe qu'un seul groupement national de Syndicats de médecins : la Confédération des Syndicats médicaux français.

L'habilitation n'est accordée par la Confédération que sous réserve de l'approbation du Conseil supérieur des assurances sociales (art. 4, § 4, al. 3 de la Loi).

D'autre part, pour éviter tout ostracisme injustifié, une voie de recours est ouverte aux syndicats auxquels l'habilitation est refusée : « Dans le cas où un avis « défavorable à l'habilitation aurait été donné par « le groupement national intéressé, le syndicat professionnel pourra faire appel devant la Section « médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des « assurances sociales. Au cas où cette Section confirme l'avis du groupement national, il n'y a pas « lieu à habilitation. Dans le cas contraire, il est « prononcé sur l'habilitation par le Conseil supérieur « des assurances sociales » (art. 4, § 4, al. 4 de la Loi).

68. Une liste de syndicats de médecins habilités a été publiée au Journal Officiel du 28 septembre 1930 (L. et D., page 11.117). Cette liste ne comprend qu'un seul syndicat par département. La Confédération a décidé en effet « de refuser l'habilitation aux petits « syndicats minoritaires; certains pouvant être for-

« més de médecins peu recommandables, d'autres
« d'un groupe manifestement formé pour fausser le
« fonctionnement normal de la loi, d'autres enfin
« pouvant être formés de médecins honorables, mais
« en nombre notoirement insuffisant et représentant
« une minorité dans le cadre du département » ¹.

En raison de l'unité qui règne actuellement au sein du Corps Médical, il est probable que les demandes d'habilitation émanant de Syndicats dissidents seront très rares ². Dans ces conditions les caisses n'ont pas la faculté de choisir le Syndicat de médecins avec lequel elles contractent.

69. Les Syndicats habilités sont des Syndicats généraux groupant à la fois médecins de médecine générale et spécialistes. Les conventions règlent la situation des uns et des autres. Les caisses n'ont pas à traiter séparément avec des Syndicats de spécialistes.

Médecins appelés à se prévaloir des conventions.

— 70. Le Syndicat qui traite avec une caisse primaire n'agit pas seulement au nom de ses membres; il représente l'ensemble des médecins exerçant sur le territoire correspondant; il est pris en quelque sorte comme leur gérant d'affaires. Tous ces médecins peuvent se prévaloir des dispositions de la convention, à la seule condition de se soumettre au contrôle technique exercé par le Syndicat contractant.

71. On voit l'importance donnée aux Syndicats ha-

(1) *Guide Pratique* par les Docteurs CIBRIE et HILAIRE, page 40.

(2) A ce jour un seul syndicat dissident a demandé son habilitation.

bilités. Ceux-ci vont voir augmenter le nombre de leurs adhérents. Beaucoup de médecins qui, jusqu'alors, n'avaient pas jugé utile de se syndiquer, voudront en faire partie, pour pouvoir discuter les conditions des contrats qui leur seront applicables et l'organisation du contrôle auquel ils seront soumis.

Les assurances sociales auront ainsi pour conséquence de fortifier le syndicalisme médical qui, dans certaines régions, était encore embryonnaire il y a quelque temps. La Confédération des Syndicats médicaux s'en félicite : « La loi, dit-elle, donne pour la « première fois, aux Syndicats médicaux, auxquels « elle fait largement confiance, des prérogatives que « nous voulons souligner; et, si elle nous donne la « lourde charge matérielle et morale du contrôle « technique, elle remet entre nos mains une certaine « autorité » ¹.

LES CONVENTIONS-TYPES.

72. Des projets-types de conventions ont été établis par une commission comprenant des représentants des différents groupements intéressés ². Ces projets, qui ont reçu l'approbation du Ministre du Travail, ont été publiés au Journal Officiel du 8 août 1930 (L. et D., page 9160).

Les parties ne sont pas tenues de reproduire fidèlement les textes élaborés par la Commission; elles ont

(1) *Guide Pratique*, page IV de la préface.

(2) Cette Commission a été instituée par arrêté du Ministre du Travail, du 28 mars 1930.

le droit de déroger d'un commun accord à toutes les dispositions des conventions-types qui n'ont pas « un caractère obligatoire »¹; c'est-à-dire qu'elles peuvent y apporter toutes les modifications qui ne sont pas contraires à des textes légaux ou réglementaires. Comme le disent les instructions de l'Administration : « Les types de conventions dont il s'agit... ne constituent pas, quels que soient les accords de principe qui sont intervenus avec les représentants des collectivités, une base obligatoire s'imposant aux organismes et aux groupements locaux de praticiens et aux établissements hospitaliers. Mais ceux-ci et ceux-là y trouveront d'abord une base de discussion, en outre un plan et des suggestions pour régler les points sur lesquels doit porter leur entente ».

En fait, la plupart des conventions ne s'écartent des formules-types que sur des points de détail. Les syndicats médicaux ne consentent en effet à signer que si les dispositions essentielles des conventions-types sont respectées.

Les conventions deviennent ainsi à l'égard des caisses de véritables contrats d'adhésion.

OBJET DES CONVENTIONS.

73. Les conventions entre les caisses et les syndicats de médecins déterminent « les modalités d'ap-

(1) Article 18, § 2 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930.

plication de la Loi et toutes autres conditions jugées utiles » (art. 4, § 4 de la Loi). Les dispositions de la convention-type visent notamment le choix du médecin, les formalités à remplir par les assurés pour être soignés au titre des assurances sociales, les conditions dans lesquelles le médecin peut prescrire des médicaments aux malades et constater éventuellement leur incapacité de travail. Une annexe concernant les médecins propharmaciens prévoit la délivrance par ces derniers de médicaments aux assurés.

Enfin, l'un des principaux objets des conventions est de confier le contrôle technique des soins aux syndicats de médecins et de déterminer les conditions d'exercice de ce contrôle¹.

Quant aux honoraires médicaux, leur taux ne peut pas être fixé par un accord entre le syndicat et la caisse. Ce serait contraire au principe de « l'entente directe » auquel les médecins sont très attachés. C'est seulement à titre indicatif que les conventions mentionnent le « tarif syndical minimum » adopté par le syndicat de médecins, et le « tarif de responsabilité » jusqu'à concurrence duquel la caisse garantit à ses membres le remboursement des frais médicaux. Mais il n'en résulte aucun engagement de part ni d'autre.

L'importante question des honoraires médicaux fera l'objet d'une étude spéciale dans un prochain chapitre².

(1) Voir ci-après § 154.

(2) Voir ci-après § 94 à § 123.

AGRÉMENT DES CONVENTIONS.

74. L'article 7, § 5 de la Loi dispose que « les « conventions passées entre la caisse et les syndicats « professionnels de praticiens sont soumises à une « commission fonctionnant au chef-lieu du départe- « ment, composée pour le premier tiers de représen- « tants des caisses, pour le second tiers de représen- « tants des groupements professionnels et pour le « dernier tiers de représentants des Ministres du « Travail et de la Santé publique » ¹.

Le rôle de la commission est de s'assurer que les projets de conventions ne sont pas contraires aux prescriptions légales et qu'ils prévoient une organisation satisfaisante du service des prestations.

Nous pensons que la commission doit intervenir également au cas où certaines dispositions des conventions lui paraissent susceptibles de léser les intérêts des tiers.

Le cas échéant, les parties sont invitées à apporter certaines modifications à leurs accords. Mais la commission ne peut pas se substituer à elles et modifier d'office les textes qui lui sont présentés; elle ne peut qu'accorder ou refuser son agrément.

DURÉE.

75. Le projet-type prévoit une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction; mais il réserve

(1) En ce qui concerne la constitution de cette commission, voir l'article 30 du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930 et le décret du 10 août 1930.

à chacune des parties la possibilité de demander la résiliation anticipée en cas de manquement grave par l'autre à ses obligations. Ce manquement est constaté éventuellement par la commission départementale tripartite prévue par l'article 7, § 5 de la Loi ¹.

CARACTÈRE FACULTATIF DES CONVENTIONS.

76. Le régime normal des soins médicaux, tel qu'il a été conçu par le législateur suppose la conclusion de conventions. La Loi envisage cependant les dispositions que doivent prendre les caisses au cas où elles « ne pourraient pas conclure avec les syndicats médicaux les conventions prévues » (art. 4, § 7). Mais dans quel cas estime-t-on qu'une caisse ne « peut » pas passer de conventions ?

Les rédacteurs de la Loi paraissent avoir seulement redouté une résistance injustifiée de la part des syndicats de praticiens; ils n'ont pas prévu que les caisses pourraient elles-mêmes se refuser à passer des conventions. Or, l'expérience montre que c'est ce qui se produit le plus souvent. A l'heure actuelle, presque tous les syndicats de médecins habilités se sont déclarés prêts à traiter sur la base de la convention-type; il y a néanmoins bon nombre de caisses primaires qui n'ont pas encore contracté et qui, pour la plupart, n'ont même pas essayé de contracter. Elles préfèrent conserver leur liberté, soit qu'en présence des nombreuses incertitudes qui subsistent, elles jugent prudent de ne pas s'engager avant d'avoir ac-

(1) Voir ci-dessus § 74.

quis une certaine expérience du fonctionnement des assurances sociales, soit qu'en raison de circonstances particulières, les conventions leur paraissent présenter pour elles plus d'inconvénients que d'avantages. Dans ces conditions, la question se pose de savoir si les conventions sont obligatoires ou facultatives, si les caisses sont ou ne sont pas tenues de faire tous leurs efforts pour en passer.

77. Il est certain que, dans l'esprit du législateur, les conventions étaient, en principe, indispensables. La loi du 5 avril 1928, comme d'ailleurs tous les projets antérieurs, ne prévoyait même pas le cas où il serait impossible d'en passer. C'est seulement devant l'éventualité d'un refus de collaboration du Corps médical qu'on a songé à insérer dans le rectificatif une disposition permettant aux caisses d'organiser le service des prestations en dehors du régime des conventions. L'intention du législateur n'était pas douteuse : il s'agissait seulement de parer à la carence possible des syndicats médicaux, non de donner aux caisses le moyen de se passer délibérément de leur concours. Dans les rapports auxquels ont donné lieu les projets de rectificatifs comme au cours des discussions parlementaires, il n'a jamais été question du cas où l'absence de conventions serait imputable à la caisse.

On pensait d'ailleurs que les mesures prévues par l'article 4, § 7 ne seraient que très rarement appliquées : « Nous sommes convaincus, — disait le Doc-
« teur Grinda dans son rapport — que cette disposi-

« tion ne jouera que très exceptionnellement. Nous
« pouvons compter sur le concours loyal et complet
« du Corps médical. Des conventions équitables, mé-
« nageant tous les intérêts, seront conclues entre les
« caisses et les syndicats médicaux ».

Mais s'il est vrai que les auteurs de la Loi se figuraient que toutes les caisses chercheraient à contracter, cela ne veut pas dire qu'ils entendaient les y obliger. Le terme même de « convention » exclut toute idée d'obligation; il suppose le libre consentement des parties.

D'ailleurs il serait toujours loisible aux caisses de soutenir qu'elles ne « peuvent » pas contracter. Il leur suffirait de faire preuve, vis-à-vis des syndicats de médecins, d'exigences inacceptables.

78. En l'absence de conventions, caisses et praticiens s'ignorent; les médecins sont entièrement libres dans leurs rapports avec les assurés; seuls ces derniers sont en contact avec les caisses. Comme on l'a justement fait remarquer, c'est le régime de l'entente directe absolue; aussi cette solution avait-elle tout d'abord séduit beaucoup de médecins. Mais aujourd'hui, la plupart des dirigeants des syndicats médicaux estiment qu'elle comporte de graves dangers; ils craignent qu'elle permette aux caisses de s'organiser de façon à faire échec à leurs revendications, aussi les syndicats font-ils tous leurs efforts pour amener les caisses à contracter.

Les médecins ne sont pas absolument désarmés vis-à-vis des caisses, car même en l'absence de conven-

tions, l'assurance-maladie ne peut fonctionner dans de bonnes conditions qu'avec leur concours : les assurés doivent, en effet, pour faire valoir leurs droits, justifier du montant de leurs frais médicaux et, le cas échéant, de la durée de leur incapacité de travail. Or, ils ne peuvent le faire pratiquement qu'en produisant des justifications émanant de leur médecin. En refusant systématiquement ces justifications aux assurés appartenant à des caisses qui n'ont pas contracté, les médecins peuvent mettre ces dernières dans l'embarras.

Plusieurs syndicats de médecins ont déjà songé à user de cette arme¹. Mais semblables représailles ne peuvent être efficaces que dans les départements où les syndicats sont très puissants et groupent la presque totalité des médecins. Dans les autres régions, les membres de la caisse pourraient aller se faire soigner par les médecins dissidents, de telle sorte que la politique du syndicat aurait pour principal résultat d'augmenter la clientèle de ces derniers.

D'autre part, on peut se demander si en cas de conflit les caisses n'arriveraient pas à s'organiser pour se passer des justifications des médecins.

79. De son côté, l'Administration paraît vouloir inciter les caisses à contracter : « Les caisses, déclara-t-elle, devront faire tous leurs efforts pour passer des contrats avec les syndicats professionnels.

(1) Le syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle notamment a adressé un véritable ultimatum aux caisses n'ayant pas encore contracté.

« C'est par le moyen de ces contrats que la Loi recevra la plus saine application ».

Mais l'Administration ne peut agir que par la voie de la persuasion car elle ne dispose à l'égard des caisses que d'un seul moyen de coercition : le retrait d'agrément; encore cette procédure ne peut-elle être mise en œuvre que « lorsqu'une caisse primaire cesse « de remplir ses engagements ou les conditions auxquelles est soumis son fonctionnement, ou lorsque « des irrégularités ou un défaut d'équilibre sont « constatés » (art. 27, § 3 de la Loi). Ce n'est pas le cas lorsque la caisse se borne à ne pas passer de conventions avec les syndicats de praticiens.

80. Il est donc vraisemblable que de nombreuses caisses se refuseront définitivement à contracter. Il reste à savoir si, en l'absence de conventions, elles pourront organiser dans de bonnes conditions, le service des prestations. La principale difficulté résultera de ce que le contrôle technique ne pourra pas être exercé. Mais, nous verrons que cela ne paraît pas constituer un obstacle insurmontable¹.

(1) Ci-après § 164.

LE CHOIX DU MEDECIN

LIBRE CHOIX OU MÉDECIN DE CAISSE.

81. Tout a été dit sur les avantages et les inconvénients du libre choix. Aux assurés il donne la sécurité, car il leur permet de se faire soigner par les praticiens qui leur inspirent confiance et qui, ne dépendant pas des caisses, ne peuvent pas être soupçonnés de défendre les intérêts de celles-ci aux dépens de la santé de leurs clients. Pour les médecins il est une précieuse garantie d'indépendance et une condition indispensable au maintien du caractère libéral de leur profession.

Par contre, au point de vue financier, il aurait été plus avantageux pour les caisses de charger un ou plusieurs médecins de soigner tous leurs membres moyennant une rémunération forfaitaire. Outre qu'elles auraient pu ainsi limiter le montant des soins médicaux, elles auraient pu, du même coup, réaliser des économies importantes sur les indemnités journalières et sur les fournitures diverses, car les unes et les autres auraient sans doute été accordées beaucoup moins largement par les médecins des caisses que par ceux des assurés.

82. Il n'a jamais été sérieusement question

d'adopter chez nous le système du médecin de caisse. Par contre, on a songé à imposer aux assurés de choisir leur médecin parmi des praticiens agréés. Cette solution, qui est celle de la plupart des législations étrangères, laisse au malade une certaine liberté; elle permet d'éliminer les médecins notoirement incapables ou indécats.

Dans le projet primitif présenté par le Gouvernement, c'était la caisse qui établissait elle-même la liste des médecins devant participer au fonctionnement de l'assurance.

Le texte du D^r CHAUVEAU était plus favorable aux médecins; il prévoyait une liste établie d'un commun accord entre les caisses et les syndicats professionnels. Les médecins ne pouvaient en être exclus que pour « motifs graves et légitimes ».

Ce système fut néanmoins vigoureusement combattu par le corps médical. Les médecins n'avaient jamais cessé de se déclarer hostiles à toute restriction apportée au choix des praticiens par les assurés. Ils exigèrent que le principe du libre choix absolu fut consacré par le texte définitif de la Loi.

MÉDECINS APPELÉS A SOIGNER LES ASSURÉS.

83. En principe, tous les médecins ayant le droit d'exercer en France peuvent participer au fonctionnement des assurances sociales. Les officiers de santé, bien qu'ils ne soient pas expressément visés par la Loi, peuvent également soigner les assurés ¹.

(1) Le titre d'officier de santé a été supprimé par la loi du

84. Le projet-type de convention précise que « le « médecin ne peut donner acquit que pour les actes « médicaux qu'il a accomplis personnellement ». Cette disposition vise les « médecins marrons » qui laissent à des aides nullement qualifiés le soin de recevoir et de soigner leurs clients.

Mais les médecins conservent, bien entendu, le droit de se faire remplacer, le cas échéant, par des étudiants en médecine dûment autorisés à cet effet et remplissant les conditions prévues par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 (modifié par la loi du 6 mai 1922) ¹.

ADHÉSION AUX CONVENTIONS.

85. Dans toutes les conventions passées entre les caisses et les syndicats, il est prévu que, pour pouvoir soigner des membres de la caisse contractante, les médecins doivent, au préalable, adhérer aux conditions de la convention; leur adhésion résulte d'une notification faite à la caisse soit directement, soit par l'intermédiaire de leur syndicat.

Bien que cette condition figure dans le projet-type de convention, sa légalité nous paraît devoir appeler certaines réserves car elle peut constituer une res-

30 novembre 1892; mais les situations acquises ont été respectées. Les rares officiers de santé qui existent encore ont toujours le droit d'exercer.

(1) Internes des hôpitaux et hospices nommés au concours et munis de seize inscriptions ou étudiants dont la scolarité est terminée.

triction au libre choix. La Loi dispose en effet que « l'assuré choisit librement son praticien » (art. 4, § 2). Certains médecins soutiendront sans doute qu'il n'appartient ni aux syndicats, ni aux caisses de restreindre la portée de ce texte; ils feront observer que les conventions ont seulement pour objet de déterminer « les modalités d'application de la Loi » (art. 4, § 4, al. 2) et qu'elles ne peuvent pas déroger aux dispositions formelles de celle-ci.

Discussion purement académique, dira-t-on, puisque les conventions déterminent « les modalités d'application de la Loi » (art. 4, § 4, al. 2 de la Loi) et qu'elles s'imposent à ce titre à tous les médecins soignant des assurés, qu'ils aient ou non notifié leur adhésion à la caisse. Non. Nous pensons que le médecin pourrait avoir intérêt à ne pas adhérer à une convention, dans le cas, par exemple, où il se proposerait de contester la légalité de certaines dispositions de cette convention.

86. Quoi qu'il en soit, aucune adhésion ne peut être exigée des médecins lorsqu'il n'y a pas de convention. On a bien essayé de soutenir que les caisses pouvaient alors imposer à leurs membres de choisir leur médecin parmi ceux ayant adhéré aux clauses du règlement intérieur concernant le service des prestations¹. Mais cette opinion ne repose sur aucune base juridique². Les règlements des caisses ne sont

(1) *Manuel Pratique des Assurances Sociales* édité par le Comité Central des Assurances Sociales, 2^e édition, p. 73.

(2) Tout au plus pourrait-on faire valoir en sa faveur la phrase suivante figurant dans un rapport du Docteur GRINDA : « A tous égards, il est donc essentiel que le travailleur puisse,

opposables qu'aux membres de celles-ci, il ne saurait être question d'y soumettre les médecins par une voie indirecte.

On peut faire observer, il est vrai, qu'il appartient à chaque caisse de préciser, dans son règlement intérieur, la nature des justifications à fournir par les assurés pour obtenir d'elle le paiement des indemnités auxquelles ils ont droit. Les praticiens sont obligés, s'ils veulent que leurs clients soient réglés, de les mettre à même de produire ces justifications. Mais c'est tout ce qui peut leur être demandé. Encore les exigences de la caisse doivent-elles rester dans le cadre de la légalité.

MÉDECINS EXCLUS DE L'ASSURANCE.

87. Le seul cas où un médecin pourrait, par décision de justice, être exclu de l'assurance¹, serait s'il était convaincu de « fausse déclaration intentionnelle » en matière d'assurances sociales (art. 67, § 3 de la Loi)².

LE CHOIX DES ASSURÉS.

88. « L'assuré choisit librement son médecin »

« comme le privilégié de la fortune, se faire soigner par le médecin de son choix, sous la seule réserve que ce médecin ait adhéré aux règlements de la caisse intéressée ». (J. O. Doc. parl. Ch. Session ordinaire de 1936, annexe n° 3187, page 582). Mais il semble résulter du contexte que l'auteur du rapport n'a pas attaché une importance particulière aux derniers mots de cette phrase. D'ailleurs ils ne sont pas confirmés par le texte de la Loi.

(1) En dehors des cas où la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer la médecine peuvent être prononcées contre lui accessoirement à des peines principales pour les crimes et délits prévus par l'art. 25 de la loi du 30 nov. 1892.

(2) Voir ci-après § 169.

(art. 4, § 2 de la Loi). Nous verrons que l'application de cette règle rencontre certaines difficultés en matière d'hospitalisation¹; mais, en ce qui concerne les soins donnés au domicile du malade ou au cabinet du praticien, elle ne souffre aucune exception.

L'assuré s'adresse au médecin qu'il préfère. En aucun cas on ne peut lui en imposer un.

89. Peu importe la nature des soins nécessités par l'état du malade. Le diplôme de docteur en médecine étant, en France, unique et donnant à ceux qui en sont titulaires le droit de soigner toutes les maladies, l'assuré peut avoir recours, indistinctement, à un médecin de médecine générale ou à un spécialiste.

90. Il n'est pas obligé de s'adresser à un praticien établi à proximité de chez lui. Mais, en cas de visite à domicile, la caisse ne rembourse que le montant des frais de déplacement d'un médecin résidant dans la même commune ou, à défaut, dans la commune la plus rapprochée. S'il fait appel à un médecin plus éloigné, l'assuré supporte l'augmentation de frais de déplacement qui en résulte.

De même, le choix d'un médecin dont les honoraires sont élevés ne doit pas entraîner pour la caisse une charge supplémentaire. Il en résulterait une inégalité entre les assurés. La Caisse ne supporte les honoraires du médecin choisi que jusqu'à concurrence du tarif de responsabilité établi par elle². Qu'il s'agisse d'un médecin des hôpitaux de Paris ou du plus modeste

(1) Voir ci-après § 221.

(2) Voir ci-après § 94.

praticien, la somme remboursée reste la même.

91. Enfin, l'assuré, comme un client ordinaire, a toujours la faculté de quitter son médecin dès que celui-ci a perdu sa confiance. Il peut en changer autant de fois qu'il le désire, même en cours de traitement.

92. Pour assurer le respect du libre choix, des peines sévères sont prévues contre ceux qui tentent d'y porter atteinte. L'article 67 de la Loi « punit
« d'une amende de 100 à 2.000 frs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une
« des deux peines seulement, quiconque, soit par
« menaces ou abus d'autorité, soit par offres, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des
« assurés ou à des caisses d'assurances, ou à toute
« autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de
« retenir les bénéficiaires des assurances sociales,
« dans une clinique ou cabinet médical » (art. 67, § 1^{er} de la Loi).

En outre, pour que les caisses elles-mêmes n'essaient pas d'influencer leurs membres, le projet-type de convention prévoit l'engagement par elles de ne
« faire aucune discrimination, par voie de circulaires
« ou affiches, entre les médecins qui ont adhéré à la
« convention, sous réserve du droit de faire connaître à leurs adhérents, par telle voie qui leur
« convient, les sanctions corporatives ou judiciaires
« prises à l'encontre d'un médecin ».

93. Mais, en l'absence de convention, il semble que les caisses conservent leur entière liberté à cet égard. Peut-être même n'est-il pas impossible de concilier le libre choix, tel qu'il est prévu par la Loi, avec le régime du médecin de caisse. Dans une circulaire adressée aux préfets le 18 mars 1930, le Ministre du Travail déclare : « Il (le législateur) n'a rien dit de la « médecine de caisse » ; mais, n'en disant rien, il ne l'exclut pas : elle représente une formule à laquelle, en cas de nécessité, il ne serait pas interdit de recourir ».

On peut se demander ce qu'entend le Ministre par « médecine de caisse ». Il n'est pas douteux qu'en raison même du principe du libre choix, les assurés ont la faculté de suivre le conseil que leur donne la caisse d'aller consulter tel ou tel médecin. Mais il va sans dire que ce praticien ne saurait leur être imposé. Même s'il existe un médecin recommandé par la caisse, les assurés doivent être entièrement libres de s'adresser à un autre.

D'autre part, il paraît très difficile à une caisse d'allouer à un médecin des appointements fixes car la Loi prévoit seulement la rémunération « à l'acte médical » (art. 4, § 4).

Le cas visé dans la circulaire du Ministre paraît être celui où la caisse se heurterait à une résistance générale des médecins de sa circonscription. Pour assurer coûte que coûte les soins médicaux à ses membres, elle pourrait alors être obligée de recourir à des mesures exceptionnelles, voire extra-légales.

LES HONORAIRES MEDICAUX L'ENTENTE DIRECTE

HONORAIRES MÉDICAUX ET TARIFS
DE RESPONSABILITÉ DES CAISSES.

94. Les honoraires des médecins sont extrêmement variables. Ils diffèrent suivant les régions, suivant les titres des praticiens ou l'importance de leur clientèle, souvent aussi suivant la situation de fortune des malades.

Dans la pratique médicale ordinaire il n'en résulte aucune difficulté : chacun s'adresse au médecin dont les prix correspondent à ses ressources. D'ailleurs, le montant des honoraires peut toujours être librement débattu entre le médecin et son client.

Les médecins ont tenu à ce que rien ne fût changé à ces habitudes par les assurances sociales. Ils se sont déclarés hostiles à tout projet tendant à leur imposer un tarif uniforme pour les soins donnés aux assurés. Une telle méthode aurait abouti à la suppression du libre choix, car elle aurait, de toutes façons, écarté du service de l'assurance les meilleurs praticiens, ceux qui peuvent légitimement prétendre à des honoraires supérieurs à la moyenne.

Bien plus : en raison des faibles ressources dont

disposent les caisses, les tarifs ne pouvaient être que très bas. Les assurés auraient ainsi été livrés aux médecins qui auraient consenti à les soigner au rabais, c'est-à-dire, le plus souvent, aux moins capables.

95. Le texte définitif de la loi sur les assurances sociales a admis le point de vue des médecins : comme par le passé, le montant des honoraires doit être librement fixé entre le médecin et son client, que ce dernier soit ou non assuré social. C'est ce qu'on appelle « l'entente directe ». Cette entente a lieu sans aucune restriction et sans aucun contrôle. Les caisses n'ont jamais à intervenir dans les rapports entre médecins et malades.

Mais on ne pouvait songer à faire supporter en totalité par l'assurance des honoraires déterminés de façon aussi arbitraire. La Loi décide donc qu'il ne doit en être tenu compte que jusqu'à concurrence de chiffres maxima résultant du « tarif de responsabilité » établi par chaque caisse.

LES TARIFS SYNDICAUX MINIMA.

96. De leur côté, les syndicats de médecins imposent à leurs membres l'obligation de respecter les tarifs syndicaux minima, aussi bien en matière d'assurances sociales que vis-à-vis de leur clientèle ordinaire.

On a essayé d'obtenir des syndicats médicaux l'abaissement de leurs tarifs minima en faveur des

assurés sociaux. Il s'y sont toujours refusés énergiquement en arguant que les honoraires fixés par ces tarifs représentent déjà les chiffres les plus faibles qui puissent être admis par des médecins consciencieux pour bien soigner leurs clients. Adopter un tarif plus bas pour les assurés sociaux équivaldrait à admettre que ceux-ci doivent être moins bien soignés que les autres malades. L'opinion du Corps Médical a été résumée en ces termes par MM. GRINDA et ANTONELLI : « Réclamer du médecin un maximum « de travail pour un minimum de salaire serait une « duperie dont les assurés et le budget des caisses « seraient les premières victimes.

« Le médecin ne peut visiter et soigner attentivement qu'un nombre limité de malades; homme de science il demeure un perpétuel étudiant qui poursuit un but désintéressé : prévenir, supprimer les « maladies qui le font vivre, les guérir rapidement « quand ses efforts pour les éviter ont été vains ».

(Rapport fait par MM. GRINDA et ANTONELLI au nom de la Commission d'assurances et de prévoyance sociales de la Chambre des députés, Journal Officiel, Doc. parl. ch. session ordinaire de 1930, annexe n° 3,187).

Si l'on veut que les assurés puissent être soignés convenablement, ils doivent être traités exactement comme des clients payants ordinaires : « Ainsi rien « n'est changé dans l'exercice de la profession médicale. Pas de médecine « au rabais », pas de médecine, « en gros, en série, cataloguée », à juste titre « si sévèrement condamnée.

« Les médecins traiteront leurs malades avec toute
« leur science et tout leur dévouement. A leur chevet,
« dans le silence de leur cabinet, pour étudier les
« cas épineux ou inquiétants, ils leur consacreront
« tout le temps nécessaire » (Rapport de MM. GRINDA
et ANTONELLI).

97. La Confédération des Syndicats Médicaux français définit de la façon suivante l'attitude que doivent adopter les médecins syndiqués vis-à-vis des assurés sociaux en ce qui concerne la fixation des honoraires : « En vertu de l'entente directe, chaque
« médecin a le droit de prendre à chaque assuré son
« prix habituel.

« Cependant, la clientèle des assurés sociaux relève, en général, du tarif syndical minimum, sauf
« situation particulière de l'assuré ou du médecin.
« Par exemple, il peut s'agir exceptionnellement d'un
« assuré jouissant, en dehors de son salaire, de ressources importantes. Plus souvent, dans les grandes
« villes surtout, il s'agira d'un médecin auquel ses
« titres ou sa situation donnent droit à des honoraires plus élevés » ¹.

98. Mais il y a toujours eu des médecins qui ne se souciaient nullement des tarifs syndicaux. L'obligation de respecter ces tarifs n'existe que pour les médecins syndiqués.

On a essayé de soutenir que le fait pour un médecin de soigner des assurés à un taux inférieur à celui

(1) *Guide pratique*, page 24.

prévu par le tarif syndical minimum constituait une ristourne et l'exposait aux peines prévues par l'article 67 de la Loi ¹.

C'était complètement méconnaître le sens du mot « ristourne ». Le médecin a le droit strict de faire payer à l'assuré un prix aussi minime qu'il lui plaît. Il peut, s'il le désire, lui appliquer un tarif inférieur au tarif syndical minimum ou même au tarif de responsabilité de la caisse. Il est même libre de ne pas le faire payer. Le médecin n'est considéré comme faisant une « ristourne » à son client et ne devient condamnable que s'il lui donne la possibilité de se faire rembourser par la caisse une somme supérieure à celle effectivement payée ².

99. Enfin, il va sans dire que, même vis-à-vis de leurs membres, les syndicats n'ont peut-être pas l'intention d'exiger d'une façon tout à fait absolue l'observation des tarifs syndicaux minima à l'égard des assurés sociaux. Ce que les syndicats veulent éviter à tout prix, c'est l'application systématique d'un tarif inférieur. Mais nous pensons que, comme par le passé, ils sauront fermer les yeux sur les réductions ou les remises d'honoraires qui pourraient être consenties dans un but purement charitable et à l'occasion de cas d'espèce tout à fait exceptionnels.

FORME DES TARIFS.

100. Les tarifs doivent prévoir un chiffre d'hono-

(1) Voir ci-dessus § 92.

(2) Voir ci-après § 122.

raire pour chaque acte médical. A cet effet, ils répartissent tous les actes médicaux en un certain nombre de catégories. Chaque catégorie est caractérisée par un coefficient déterminé. Il suffit de multiplier ce coefficient par un chiffre-clé connu pour obtenir l'honoraire applicable à tous les actes compris dans la catégorie considérée.

Chaque tarif est ainsi caractérisé par :

1° une ou plusieurs nomenclatures d'actes médicaux ;

2° un ou plusieurs chiffres-clés.

Cette façon de procéder est la seule qui permette de respecter le secret professionnel en désignant chaque acte médical par le numéro de sa catégorie.

Il y a intérêt à ce que la caisse et le syndicat médical adoptent les mêmes nomenclatures, de façon que leurs tarifs ne se différencient que par le taux de leurs chiffres-clés. C'est ce qui a lieu en général, sous réserve de quelques variantes.

101. En pratique, les caisses, comme les syndicats médicaux, adoptent, en y apportant parfois quelques modifications de détail :

1° en ce qui concerne la pratique médicale courante et la petite chirurgie une nomenclature annexée au projet-type de convention ¹;

2° En ce qui concerne les actes de chirurgie et de spécialités, la classification établie par la Confédération des Syndicats Médicaux Français ².

(1) Voir cette nomenclature en annexe à la fin de l'ouvrage.

(2) Une brochure contenant cette classification a été éditée par la Confédération, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris.

102. Pour la plupart des actes de chirurgie et de spécialités, il est prévu deux modes de paiement :

a) le paiement de l'acte opératoire isolé, toute visite ou pansement consécutif étant compté en plus, ainsi que l'assistance des aides;

b) le paiement global du traitement comprenant : le prix de l'opération, les soins et pansements pendant une période de vingt jours et la rémunération des aides.

Chaque acte est indiqué dans la nomenclature pour deux valeurs différentes, l'une correspondant à l'acte isolé et l'autre au prix global.

Dans ses rapports avec son client, le praticien est libre de calculer ses honoraires comme il l'entend; mais pour l'application du tarif de responsabilité de la caisse, il y a lieu d'adopter la méthode imposée par celle-ci. En général, les caisses préfèrent le forfait à l'acte global.

103. Si complètes que soient les nomenclatures, il leur est impossible de prévoir toutes les interventions susceptibles d'être pratiquées par les médecins ou les chirurgiens. Lorsqu'un acte médical n'est pas prévu par le tarif, on peut songer à le classer par analogie dans une catégorie contenant des actes comparables. Mais, s'il veut éviter toute difficulté, le médecin traitant peut demander à la caisse, par l'intermédiaire du syndicat, qu'une nouvelle rubrique soit ajoutée à la nomenclature du tarif de responsabilité.

Par contre, on peut observer que certaines interventions, pouvant être pratiquées par plusieurs caté-

gories de spécialistes, figurent sous des rubriques différentes dans la nomenclature proposée par la Confédération. Elles peuvent être ainsi tarifées à des taux différents. Il est à souhaiter qu'une révision mette fin à cette anomalie¹.

104. Les tarifs de responsabilité doivent prévoir également des indemnités forfaitaires pour les frais de transport du médecin en cas de visite à domicile. Nous avons vu² que la somme supportée à ce titre par la caisse ne peut en aucun cas être supérieure au montant des frais de déplacement dus pour un médecin résidant dans la même commune, ou à défaut, dans la commune la plus rapprochée.

TARIFS DE RESPONSABILITÉ DES CAISSES ET TARIFS SYNDICAUX MINIMA

105. La Loi prévoit que « la part contributive garantie par les caisses....., dans le prix de l'acte médical, est établie par les caisses, compte tenu des tarifs syndicaux minima pratiqués dans la région » (art. 4, § 4).

Dans quelle mesure, les caisses sont-elles obligées de tenir « compte des tarifs syndicaux minima » ?

Pour que le but de l'assurance soit rempli, il est désirable que la somme remboursée par la caisse se rapproche le plus possible des dépenses effecti-

(1) Au moment de mettre sous presse nous apprenons qu'il va être satisfait à ce désir à l'occasion d'une prochaine édition de la nomenclature.

(2) Ci-dessus § 90.

vement engagées par les assurés. Mais les caisses sont également obligées — et on ne saurait le leur reprocher — de tenir compte de leurs possibilités budgétaires. C'est dire combien le vœu de la loi se révèle platonique.

D'ailleurs, les tarifs syndicaux minima étant eux-mêmes établis arbitrairement et sans contrôle, on ne peut y attacher qu'une importance relative. Sinon, il suffirait aux syndicats médicaux d'élever leurs tarifs pour entraîner automatiquement l'augmentation des tarifs de responsabilité des caisses.

106. « Il est d'ores et déjà certain — disait le Ministre du Travail dans une circulaire du 27 août 1930 — qu'il est impossible, pour les interventions « chirurgicales et les soins de spécialités, de tenter « un rapprochement réel entre les prix syndicaux « minima tels qu'ils résultent des déclarations de la « Confédération Générale et le tarif de responsabilité des caisses. La disproportion sera de l'ordre de « 3 à 1 ». (Note sur l'établissement du tarif de responsabilité parue au J. O. du 4 septembre 1930, L. et D., page 10.198).

107. Pour permettre à leurs membres d'être soignés à moins de frais, les caisses tentent d'obtenir des Syndicats de médecins la réduction de leurs tarifs minima. Les médecins au contraire voudraient voir augmenter les tarifs de responsabilité des caisses. Cette solution aurait selon eux, l'avantage de décourager les « médecins marrons » qui soignent au rabais, mais qui multiplient le nombre des visites.

Mais les caisses et les syndicats n'ont pas à se mettre d'accord, officiellement du moins, sur les chiffres de leurs tarifs respectifs. C'est seulement « à titre indicatif » que ceux-ci sont annexés aux conventions. Ils peuvent toujours être modifiés, même pendant la durée d'application de la convention. Le projet de convention-type prévoit seulement l'obligation, pour la partie qui désire apporter des modifications à son tarif, d'en prévenir l'autre partie au moins quinze jours à l'avance (article 6, § 3 du projet de convention-type).

TARIFS DE RESPONSABILITÉ DES CAISSES
ET TARIF LIMITATIF DES DROITS
A LA RÉASSURANCE

108. Si une caisse adopte un tarif trop élevé elle risque de se trouver en déficit. Cela n'est pas indifférent pour la collectivité, car le déficit doit être comblé éventuellement par la réassurance. C'est pourquoi la Loi prévoit que les caisses ne peuvent faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses résultant de l'application d'un tarif de responsabilité supérieur à un tarif spécial, arrêté par le Ministre du Travail après avis du Conseil Supérieur des Assurances Sociales (art. 4, § 12).

Ce tarif a été publié au Journal Officiel du 23 septembre 1930 (L. et D., page 10.946)¹. Il est très

(1) Voici les chiffres prévus par ce tarif :

Consultation ou visite de médecin ou de médecin spécialiste :
12 frs.

inférieur à tous les tarifs syndicaux minima pratiqués actuellement. En fait, il ne sera presque jamais dépassé.

APPROBATION

DES TARIFS DE RESPONSABILITÉ

109. Les tarifs de responsabilité doivent être soumis à la commission départementale tripartite prévue à l'article 7, § 5 de la Loi.

Que se passe-t-il en cas de refus d'approbation ? Aucun recours n'étant prévu contre les décisions de la Commission, il faut admettre, semble-t-il, que la caisse est obligée en définitive de s'incliner devant les exigences de celle-ci.

Dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles : 15 frs.

Les chiffres ci-dessus servent de chiffres-clés pour la nomenclature de pratique médicale courante et de petite chirurgie, sauf en ce qui concerne les visites demandées le dimanche, les visites de nuit et les accouchements.

Chiffre-clé pour la nomenclature des médecins spécialistes : 8 frs ; ce chiffre-clé ne s'applique pas à la consultation ou à la visite de spécialiste pour lesquelles le tarif est le même que pour la visite de non spécialiste. Il ne s'applique pas non plus à celles des interventions de stomatologie.

Accouchement simple : 300 frs.

Dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles : 400 frs.

Accouchement gémellaire : 400 frs.

Dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles : 550 frs.

Frais de déplacement du médecin :

Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue : 2 frs par visite, quelle que soit la distance.

Dans les autres villes et les campagnes : 0 fr. 75 par km. parcouru.

Majoration pour visite nécessaire le dimanche : 30 %.

Majoration pour visite nécessaire la nuit : 100 %.

LE TICKET MODÉRATEUR.

110. Pour inciter les assurés à une certaine discrétion, on a tenu à leur faire supporter, dans tous les cas, une partie des frais médicaux. Suivant qu'ils appartiennent aux deux catégories inférieures ou aux trois autres, ils conservent à leur charge 15 % ou 20 % du montant des honoraires médicaux tels que ceux-ci résultent du tarif de responsabilité de la caisse (art. 4, § 5 de la Loi). C'est ce qu'on appelle, d'ailleurs improprement, le « ticket modérateur ».

111. Lors de la discussion, devant la Chambre, de la loi du 5 avril 1928, M. Thoumyre avait déposé un amendement tendant à limiter, dans tous les cas, la participation de l'assuré à 25 % du montant de l'indemnité journalière.

Mais cette proposition n'a pas été retenue. Il peut donc arriver que le pourcentage mis à la charge de l'assuré représente une somme assez importante. Il est vrai que c'est encore peu de chose à côté de la différence existant généralement entre les chiffres du tarif de responsabilité de la caisse et les honoraires que l'assuré est obligé de payer à son médecin.

112. A l'heure actuelle il n'est pas possible aux caisses de modifier le taux du ticket modérateur. Mais « après expérience d'au moins deux années, « toute caisse d'assurances pourra être autorisée sur « sa demande et après avis favorable du Conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pour-

« centage de participation des assurés ou d'une partie
« d'entre eux aux prestations en nature
« Le Fonds de majoration et de solidarité pourra
« être appelé à participer aux dépenses résultant de
« la diminution du pourcentage » (art. 4, § 6 de la
Loi).

113. Quelle est la situation du médecin qui, non content d'abaisser ses prix au niveau du tarif de responsabilité de la caisse, fait encore remise aux assurés du ticket modérateur ? Ce praticien doit-il être considéré comme faisant des « ristournes » à ses clients et tomber sous le coup des peines prévues par l'article 67, § 3 ?

La question est controversée : il est certain qu'une telle pratique constitue une violation de la Loi, puisque celle-ci prévoit la participation obligatoire de l'assuré. Mais on objecte qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une ristourne, puisque l'assuré ne doit conserver aucune somme pour lui. Comme l'article 67, § 3, devra être interprété restrictivement en tant que disposition pénale, il n'est pas certain que les médecins faisant remise à leurs clients du ticket modérateur puissent être condamnés.

114. Les assurés malades ou blessés de guerre bénéficiaires de la législation des pensions militaires, sont dispensés, pour eux personnellement, de toute participation aux frais médicaux (Art. 51, § 1, al. 2 de la Loi).

CAS DES CAISSES N'AYANT PAS PASSÉ
DE CONVENTIONS.

115. Deux solutions s'offrent aux caisses qui n'ont pas passé de conventions avec les syndicats médicaux. Elles peuvent :

1° soit prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité établi par elles;

2° soit verser à l'assuré malade ou à ses ayants droit une indemnité forfaitaire journalière de soins pour les maladies ne comportant ni intervention chirurgicale, ni hospitalisation¹ (Art. 4, § 7 de la Loi).

Cette dernière solution n'est pas à recommander, car elle facilite les abus. Il est vraisemblable qu'elle sera rarement employée par les caisses. Celles-ci préfèrent rembourser chaque acte médical d'après un tarif de responsabilité. La situation est alors à peu près la même que s'il existait une convention.

(1) « Le minimum de cette indemnité journalière sera égal à
« 20 % de la moyenne générale des salaires de base ayant l'année
« précédente donné lieu à cotisation. Dans ce cas, la retenue de
« 15 à 20 % à la charge de l'assuré prévue au § 5 ne saurait
« jouer. Le minimum d'indemnité journalière pourra être fixé
« par les caisses à un taux plus élevé sous leur responsabilité
« propre et sans pouvoir faire appel à la réassurance pour les
« excédents de dépenses correspondants.

« De plus des indemnités supplémentaires devront être ver-
« sées à l'assuré lorsque le déplacement du médecin sera néces-
« saire ou lorsque le médecin traitant et la caisse estimeront
« d'un commun accord que la maladie exige un traitement spécial
« ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la com-
« mission technique prévue à l'article 7, § 3 ». (Art. 4, § 7,
al. 2 et 3 de la Loi).

INDEMNITÉS ACCORDÉES AUX ASSURÉS
DONT L'ÉTAT NÉCESSITE DES SOINS
PRÉVENTIFS OU AUX ASSURÉS ATTEINTS DE MALADIES
NE COMPORTANT PAS LA CESSATION
DU TRAVAIL.

116. L'article 4, § 9 de la Loi prévoit que : « l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail recevra les indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur de la caisse ». Dans ces hypothèses les caisses peuvent donc, si elles le désirent, s'écarter du mode de calcul habituel.

Pratiquement, cette faculté paraît sans grand intérêt. Le mode de remboursement le plus normal des frais médicaux est le remboursement à l'acte médical. C'est la solution la plus propre à assurer la guérison du malade. L'attribution d'une indemnité forfaitaire ne répond pas au but de l'assurance-maladie, car elle permet au malade de conserver l'indemnité et de ne pas se faire soigner.

Les caisses agiront sagement en accordant aux assurés dont l'état nécessite des soins préventifs, ou atteints de maladies ne comportant pas la cessation du travail, des indemnités analogues à celles prévues pour les autres malades.

PLAFOND DES FRAIS MÉDICAUX
ET PHARMACEUTIQUES.

117. La Loi prévoit que « le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, en aucun cas, excéder par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 % de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse à cotisation » (art. 4, § 5, al. 2).

Cette disposition ne jouera qu'à partir du 31 juin 1931, date à laquelle pourra être calculée la moyenne générale des salaires de base ayant donné lieu à cotisation dans chaque caisse primaire au cours de la première année de son fonctionnement. Mais les caisses peuvent d'ores et déjà limiter, par une disposition de leur tarif de responsabilité, le montant des frais médicaux et pharmaceutiques pouvant être remboursé aux assurés pour chaque journée de maladie. C'est une sage précaution que beaucoup de caisses ont songé à prendre dès l'entrée en vigueur de la Loi.

118. Si le maximum prévu était appliqué rigoureusement dans tous les cas, les avantages de l'assurance seraient souvent illusoires. En particulier, pour toutes les maladies nécessitant des traitements coûteux ou des interventions chirurgicales, il ne serait remboursé aux malades que des sommes infimes, nullement en rapport avec leurs dépenses réelles. Les assurés cesseraient d'être protégés précisément dans

les cas où le secours de l'assurance leur serait le plus nécessaire.

Pour éviter cette fâcheuse conséquence, il a été prévu « qu'en cas de maladie exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé lorsque le médecin traitant et la caisse estimeront d'un commun accord que la maladie exige un traitement spécial ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la commission technique prévue à l'art. 7, § 3¹ » (art. 4, § 5, al. 2 in fine et § 7, al. 3 in fine de la Loi).

Mais qu'appelle-t-on traitement spécial ? Le législateur a complètement omis de nous le dire. En fait, on entendra par là tout traitement dont le coût dépassera le maximum prévu. Ainsi la disposition restrictive de l'art. 4, § 5 ne jouera pas comme une véritable limitation des frais médicaux et pharmaceutiques ; elle aura seulement pour conséquence d'imposer un contrôle préventif chaque fois que les dépenses viendront à dépasser un certain taux. Cette disposition n'en sera pas moins très efficace et permettra de limiter les exagérations et les abus.

LES INCONVÉNIENTS DE LA TARIFICATION DES HONORAIRES MÉDICAUX :

119. Il est à craindre que les « médecins marrons » n'arrivent à utiliser les tarifs au mieux de leurs intérêts et n'imaginent de multiples combinaisons pro-

(1) Voir ci-après § 149.

pres à léser gravement les caisses sans toutefois tomber sous le coup de la loi pénale. Les pays étrangers, où fonctionne depuis longtemps l'assurance-maladie, nous offrent à ce sujet des exemples édifiants. « L'expérience a prouvé, comme l'a dit M. le Professeur Balthazard, qu'il est toujours possible de tirer des tarifs des honoraires aussi élevés qu'on le désire » ¹.

Mode de paiement des honoraires médicaux.

120. Les médecins ont tenu essentiellement à être payés directement par leurs clients et non par les caisses. Le système du « tiers payant » aurait présenté pour eux les inconvénients suivants :

1° le médecin se serait senti moins indépendant vis-à-vis de la caisse s'il avait dû s'adresser à elle pour le paiement de ses honoraires;

2° il n'aurait pas été certain d'être payé. Que serait-il arrivé lorsque la caisse aurait eu des raisons, même légitimes, de ne pas supporter les honoraires médicaux dus pour les soins donnés à ses membres ? Il aurait été bien difficile au médecin de se retourner contre son client après avoir essuyé le refus de la caisse. Or, un médecin qui a soigné un malade a droit à des honoraires, que son client soit ou non assuré, qu'il soit ou non en règle avec sa caisse. Les méde-

(1) *Le médecin de France*, n° 1 du 1^{er} janvier 1929, page 3.

cins ont été rendus très méfiant par l'exemple des accidents du travail. Tous les praticiens — et surtout les plus intègres, à cause de leur inexpérience en la matière, — savent combien il est parfois difficile de se faire payer des honoraires par des Compagnies d'assurances;

3° enfin, les tarifs de responsabilité seraient rapidement devenus obligatoires en fait. Il aurait été très difficile aux médecins payés par les caisses de réclamer un supplément d'honoraires à leurs clients. Rares sont ceux qui osent le faire en matière d'accidents du travail.

121. La loi du 5 avril 1928 laissait le choix entre les deux méthodes. Elle prévoyait que le montant des prestations en nature pouvait être « supporté par la « caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les « conditions déterminées par les contrats ». C'était laisser aux caisses la possibilité d'imposer contractuellement aux médecins le système du tiers payant.

Les médecins exigèrent la modification de ce texte. Avec la loi du 30 avril 1930, le système du paiement direct des honoraires par le malade est seul possible. L'assuré est traité par le médecin absolument comme un client ordinaire. Les honoraires sont réglés, quelle que puisse être la situation du malade vis-à-vis de l'assurance. Le médecin se borne à donner quittance à l'assuré pour que celui-ci puisse éventuellement se faire rembourser par la caisse ¹.

(1) Le médecin ne peut donner quittance que s'il a été effectivement payé. Pour pouvoir être remboursé par les caisses, les

122. Les conventions et les règlements intérieurs des caisses déterminent les conditions dans lesquelles le paiement des honoraires doit être constaté : en général le médecin mentionne la catégorie des actes médicaux accomplis sur une feuille spéciale dite « feuille de maladie » délivrée par la caisse. Le cas échéant, il indique également sur cette feuille la durée d'incapacité de travail de l'assuré afin que ce dernier puisse en justifier à la caisse et recevoir les indemnités journalières auxquelles il a droit.

Le médecin donne quittance des honoraires reçus; mais nulle part il n'indique la somme touchée par lui. Ce renseignement est en effet sans intérêt pour la caisse, puisqu'elle ne rembourse les honoraires que dans la limite de son tarif de responsabilité.

Cependant, il faut envisager le cas du médecin dont les honoraires seraient inférieurs à ceux prévus par le tarif de responsabilité : en l'absence de toute indication portée sur la feuille de maladie quant au montant des honoraires le client de ce médecin pourrait se faire rembourser par la caisse une somme supérieure à celle payée par lui. Cela équivaldrait à une ristourne; mais le médecin pourrait essayer d'échapper aux peines de l'article 67² en soutenant qu'il n'a fait aucune fausse déclaration, que personne ne lui ayant demandé le montant des honoraires effectivement reçus par lui, il n'avait pas à prendre l'ini-

assurés doivent donc payer comptant leur médecin. Le recouvrement des honoraires de ceux-ci en est rendu plus facile.

(2) Voir ci-dessus § 92.

tiative de le déclarer et qu'il appartenait à la caisse de se documenter elle-même à ce sujet avant de régler les frais médicaux.

Pour éviter toute difficulté à ce sujet il serait prudent de préciser, par une disposition spéciale de la convention, que le fait pour le médecin de ne pas indiquer le montant de ses honoraires suppose que ceux-ci sont supérieurs à ceux résultant du tarif de responsabilité.

123. La Loi a prévu le cas où le malade ne disposerait pas des fonds nécessaires pour régler les honoraires du médecin. La caisse peut alors en faire l'avance (art. 4, § 4, al. 2). Les conventions et les règlements intérieurs déterminent les modalités suivant lesquelles cette avance est consentie et les justifications dont elle dépend.

LES RAPPORTS ENTRE MEDECINS ET ASSURES

124. Choissant librement leur médecin et lui réglant ses honoraires au tarif habituel, les assurés ont le droit d'être soignés exactement comme des clients ordinaires.

De leur côté les médecins ont toujours demandé que rien ne fût changé par les assurances sociales aux conditions normales d'exercice de leur profession. Leur rôle est avant tout de soigner les malades, non de s'immiscer dans les rapports de ces derniers avec les caisses.

Cependant, c'est grâce aux indications portées par les médecins sur les feuilles de maladie que les assurés peuvent faire valoir leurs droits vis-à-vis de l'assurance. Il en résulte une situation nouvelle que les médecins ne sauraient méconnaître.

LE DIAGNOSTIC.

125. Pour apprécier l'état d'un malade, le praticien doit souvent tenir compte, dans une large mesure, des déclarations de l'intéressé. S'il s'agit d'un assuré, il peut arriver que ces déclarations ne soient pas sincères : « Le médecin, dit le Docteur Liek, n'a souvent pour se guider que le bon vouloir du ma-

« lade, c'est-à-dire qu'il reste souvent dans l'incer-
« titude malgré ses procédés d'examen. Chez celui
« qui accuse des douleurs de tête, d'estomac, de
« cœur ou dans les muscles, on ne fait pas toujours
« de constatations objectives. Et cependant ces souff-
« rances peuvent exister réellement. Médecins,
« nous savons cela par notre expérience sur nous-
« mêmes. Dans la clientèle privée, il est plus rare
« d'être trompé de cette manière. Le malade privé
« qui doit verser de l'argent pour être examiné subit
« du fait de la maladie une perte matérielle sé-
« rieuse; il a très rarement un motif pour vouloir
« rouler le médecin, sauf, par exemple, quand il re-
« doute de comparaître en justice. Il en va tout au-
« trement dans la pratique de la médecine de
« caisse » ¹.

Il faut tenir compte aussi des clients, et ils sont nombreux, qui vont de bonne foi consulter le médecin sans en avoir le moindre besoin. Ils se plaignent de malaises imaginaires ou s'exagèrent l'importance de symptômes ne présentant aucune gravité.

Quelle doit être, dans ces conditions, l'attitude du médecin vis-à-vis des assurés ? Doit-il en tout état de

(1) *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier*, page 63.

Nous croyons nécessaire de préciser que nous n'admettons pas sans réserve toutes les théories du Docteur LIEK : pour intéressantes que soient les discussions de celui-ci, elles n'en sont pas moins animées d'un esprit volontiers paradoxal qui enlève beaucoup de valeur à leurs conclusions. D'ailleurs ces conclusions elles-mêmes sont souvent contradictoires.

D'autre part, les idées du Docteur LIEK sont trop imprégnées de philosophie nietzschéenne pour pouvoir être admises chez nous.

Il nous a paru néanmoins utile de faire état des opinions du célèbre polémiste allemand dont il faut reconnaître l'esprit critique et la grande expérience en matière de médecine sociale.

cause les considérer comme des fraudeurs éventuels ? Est-il tenu de s'assurer systématiquement, avant de remplir la feuille de maladie, qu'il n'est pas en présence de simulateurs ?

126. Placé devant ce problème, qui relève plus encore de la morale que du droit, le praticien est naturellement amené à se demander avant tout quelle est la valeur exacte et quelles peuvent être les conséquences juridiques des indications qu'il donne à la caisse au moyen de la feuille de maladie : ces indications sont-elles fournies à titre de simple renseignement ou doivent-elles être admises par la caisse jusqu'à preuve contraire ?

Dans le premier cas, la responsabilité du médecin n'est que faiblement engagée puisqu'en cas de doute l'assuré doit se justifier devant le médecin contrôleur de la caisse chargé du contrôle des assurés¹ et éventuellement devant la juridiction compétente.

Au contraire, si les déclarations portées sur la feuille de maladie constituent des preuves en faveur de l'assuré, le rôle du médecin devient infiniment plus délicat : il a le devoir d'attester seulement ce qu'il a pu constater avec certitude par des moyens purement objectifs.

Grave responsabilité qui, pour les praticiens intègres, serait la source de pénibles cas de conscience !

127. Pour l'instant il est encore difficile, nous le verrons plus loin², de prévoir la solution qui sera

(1) Voir ci-après § 144.

(2) Ci-après § 149.

adoptée par la jurisprudence au sujet de l'importance à attacher au témoignage du médecin traitant. A tous égards, il serait préférable de ne pas considérer la feuille de maladie comme un véritable certificat : cette façon de voir permettrait aux médecins de se consacrer en toute liberté d'esprit à la guérison des malades sans avoir à se transformer en juges d'instruction.

Le rôle du médecin expert est complètement différent du rôle du praticien; confondre l'un et l'autre en une même personne ne pourrait que compromettre la bonne marche des traitements, souvent aussi les bons rapports nécessaires entre le médecin et les malades.

D'ailleurs beaucoup de médecins ne se sentent nullement qualifiés pour assumer le rôle d'experts : tel praticien justement réputé pour sa valeur professionnelle peut faire preuve d'une excessive confiance et se laisser tromper facilement par le premier fraudeur venu.

Enfin, et c'est là le danger le plus grave, il serait à craindre que les médecins consciencieux qui s'estimeraient obligés de se montrer impitoyables à l'égard des simulateurs ou seulement des malades imaginaires, ne perdissent une notable partie de leur clientèle pour le plus grand profit de leurs confrères moins délicats. « Le médecin — dit le Docteur Liek — est trop sous la dépendance des malades au point de vue matériel; refuser de reconnaître celui qui se prétend malade à tort, c'est, il le sait, aboutir à ce résultat que cet homme ira

« trouver un médecin dans le voisinage, lequel donnera purement et simplement un certificat de maladie et d'incapacité de travail » ¹.

A notre avis, les indications portées par le médecin sur la feuille de maladie devraient avoir pour objet, non de prouver que l'assuré est réellement malade, mais seulement d'attester qu'avec les moyens d'investigation dont il dispose, et sous réserve du contrôle éventuel, le praticien a estimé nécessaire de donner à l'assuré certains soins et, le cas échéant, de lui prescrire des médicaments et de le mettre au repos.

La responsabilité du signataire de la feuille se trouverait ainsi dégagée en cas d'erreur involontaire de diagnostic. Les indications fournies n'en auraient pas moins une grande valeur pour la caisse : un médecin sérieux ne donne des soins à son client que s'il les croit nécessaires.

LE TRAITEMENT.

128. Le médecin est libre de soigner les assurés comme il l'entend. Arriver à la guérison du malade, tel est le but qu'il poursuit. Il doit employer tous les moyens qui lui paraissent propres à amener cette guérison : « Le médecin, dit la Confédération des « syndicats médicaux, est le premier juge du nombre « des visites et de la nature des soins, aussi bien que « de la quantité et du choix des médicaments.

(1) *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne*, page 64.

« Cependant il ne doit pas perdre de vue que les
« assurés sociaux appartiennent à une clientèle
« modeste, qui n'est pas habituée à des dépenses
« médicales ou pharmaceutiques de luxe. Il n'y a
« pas de raison valable pour que, devenue assurée,
« elle prenne le goût d'une thérapeutique dispen-
« dieuse qui ne serait que du gaspillage. Liberté ne
« veut pas dire licence. L'intérêt bien compris du
« malade ne conduit pas nécessairement à la dila-
« pidation des deniers de la caisse. Prescrivez donc
« ce qu'il faut, mais rien que ce qu'il faut » ¹.

Si la caisse n'a pas à se préoccuper des méthodes thérapeutiques employées, cela ne veut pas dire que le médecin soit dégagé de toute responsabilité sur ce point. En cas de faute lourde, causant un préjudice à la caisse (aggravation de maladie ou invalidité), il est responsable vis-à-vis de celle-ci comme vis-à-vis de son client lui-même dans les termes du droit commun. On pourrait d'ailleurs, s'il en était besoin, invoquer contre lui l'article 61 de la Loi ², qui donne à la caisse un recours contre le tiers responsable d'un accident ou d'une maladie dont l'assuré est victime.

129. La liberté de prescription du médecin paraît restreinte par les dispositions de l'article 4, § 5 de la Loi qui fixent un maximum au montant des frais médicaux et pharmaceutiques ³. Pour dépasser ce maximum, il est nécessaire que le médecin traitant

(1) *Guide pratique*, page 35.

(2) Voir ci-dessus § 19.

(3) Voir ci-dessus § 117.

obtienne l'accord de la caisse ou à défaut celui de la commission technique sur la nécessité d'un « traitement spécial » (art. 4, § 7, al. 3 de la Loi).

Mais, même dans ce cas, il ne peut pas être question d'imposer au médecin tel ou tel traitement. Il s'agit seulement de savoir si un traitement spécial (c'est-à-dire un traitement coûteux) est nécessaire et, dans l'affirmative, de déterminer le montant des indemnités supplémentaires qui peuvent être versées à ce titre à l'assuré.

LES MÉDICAMENTS.

130. La Loi prévoit que « les prescriptions médica-
« camenteuses sont laissées à l'initiative des méde-
« cins qui conservent la liberté d'ordonner les mé-
« dicaments conformes aux lois existantes » (art. 7, § 4, al. 1).

Là encore, le médecin doit agir comme si son client n'était pas couvert par l'assurance : il doit lui prescrire tout ce qu'il juge utile. Mais il doit aussi se garder d'exagérer l'importance de ses ordonnances sous prétexte que « l'assurance paiera ». La Confédération des Syndicats Médicaux a tenu à mettre en garde les médecins contre cette tendance : « Le médecin devra, dit-elle, veiller en cette ma-
« tière à ne pas favoriser les abus, car il n'y a pas
« de tarif de responsabilité pour la pharmacie :
« l'assuré est donc remboursé de la totalité de sa
« dépense pharmaceutique, déduction faite des 15 %

« à sa charge. Cette disposition regrettable de la
« Loi incitera l'assuré à la prodigalité. Le médecin
« ne doit pas s'y prêter : la ruine des caisses qui
« s'ensuivrait ne serait un profit pour personne » ¹.

131. D'autre part, le législateur a songé à restreindre la liberté de prescription du médecin en ce qui concerne les spécialités. En raison du prix élevé de la plupart d'entre elles on a estimé qu'il convenait de ne faire supporter par l'assurance que celles ne pouvant pas être remplacées par des médicaments officinaux ordinaires, d'un effet équivalent et d'un prix plus abordable. La Loi prévoyait qu'une commission spéciale serait « chargée d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments officinaux autorisés » (art. 7, § 4, al. 2).

Les travaux de cette commission n'ont pas encore abouti et on ne peut espérer les voir aboutir dans un avenir prochain. En attendant les caisses sont très embarrassées. Certaines ne remboursent aucune spécialité. D'autres les remboursent seulement jusqu'à concurrence d'un pourcentage déterminé, en général 50 %. D'autres enfin les remboursent intégralement sous la seule déduction du ticket modérateur. Il semble que cette dernière solution soit la seule juridique, car la Loi n'a pas prévu le régime du tarif de responsabilité en ce qui concerne les frais pharmaceutiques; elle dispose que « le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 % » (art. 4, § 5) ².

(1) *Guide pratique*, page 27.

(2) Voir à ce sujet la circulaire du Ministre du Travail du 24 mars 1931, parue au J. O. du 29 avril 1931 (L. et D. page 4.665).

132. Indépendamment des médicaments, les médecins peuvent ordonner aux malades les fournitures diverses ou les appareils qu'ils estiment nécessaires. Mais « la délivrance des appareils et accessoires (appareils orthopédiques, bandages, lunettes, etc.) n'a lieu que sur avis favorable du médecin contrôleur de la caisse et après décision de celle-ci » (art. 29 du règlement intérieur type).

LES SOINS PAR AUXILIAIRES MÉDICAUX.

133. Les assurés soignés à domicile peuvent avoir recours à des auxiliaires médicaux (infirmiers, gardes, masseurs, etc...). Une attestation du médecin, constatant que cela répond à une nécessité, doit alors être produite à la caisse. Celle-ci délivre, après contrôle, s'il y a lieu, une « feuille de traitement par auxiliaire médical » (art. 24 du règlement intérieur type).

LE REPOS.

134. Le visa du médecin constatant que l'assuré est incapable de travailler permet à ce dernier de recevoir de la caisse des indemnités journalières. C'est en cette matière que les fraudes sont le plus à redouter; aussi le médecin devra-t-il se montrer particulièrement prudent.

Pour faciliter le contrôle, les conventions et les règlements intérieurs des caisses prévoient en général que le médecin doit préciser, le cas échéant, sur la

feuille de maladie, si le malade doit garder la chambre ou même le lit.

LES DEVOIRS DES MÉDECINS.

135. Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans citer les sages recommandations faites aux médecins par la Confédération des Syndicats Médicaux Français par l'organe de MM. les Docteurs Cibrie et Hilaire : « Le médecin se doit à lui-même et doit à la
« caisse de ne pas s'écarter de la plus rigoureuse
« probité. Nous n'envisageons pas ici le cas du mé-
« decin qui trafiquerait à son profit des deniers de
« la caisse, avec ou sans la complicité du malade :
« nous n'écrivons pas pour les médecins marrons.

« Mais le médecin sera fréquemment sollicité par
« l'assuré de truquer la feuille de maladie à l'avantage de ce dernier. Pour se faire rembourser, non
« plus une partie, mais la totalité de sa dépense médicale, l'assuré demandera au médecin d'inscrire,
« par exemple, deux visites au lieu d'une, ou de
« marquer une catégorie supérieure à celle de l'acte
« médical réellement accompli.

« Le médecin commettrait une faute lourde en
« écoutant ces suggestions : il se ferait tout simplement le complice d'un abus de confiance au préjudice de la caisse » ¹.

(1) *Guide pratique*, page 37.

LE SECRET PROFESSIONNEL

LE SECRET PROFESSIONNEL

EN DROIT COMMUN.

136. Les médecins ne doivent révéler à personne les faits dont ils peuvent avoir connaissance dans l'exercice de leur profession. Et ce n'est pas seulement pour eux un devoir moral ou professionnel; c'est une obligation prévue et réprimée par la Loi pénale. L'article 378 du Code Pénal punit « d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de « 100 à 500 francs »... « les médecins, chirurgiens « et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes « dépositaires, par état ou profession, des secrets « qu'on leur confie, qui, hors le cas où la Loi les « oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé « ces secrets ».

Les Tribunaux font une application très stricte de ces dispositions. Ils punissent très sévèrement toute violation du secret professionnel, quelle que soit l'intention qui l'a motivée, quelle que soit la personne à laquelle le secret a été dévoilé et même si aucun préjudice, moral ou matériel, n'en est résulté.

De leur côté les médecins font preuve à cet égard des plus grands scrupules. Ils tiennent à justifier pleinement la confiance que leurs clients mettent en eux. Il faut les approuver, car l'observation rigoureuse du secret professionnel est l'une des conditions essentielles du bon exercice de leur profession. Représenté trop souvent comme un privilège du corps médical, ce secret est avant tout une garantie précieuse pour le malade. Il se justifie tant dans l'intérêt de chaque malade qu'au point de vue social.

L'obligation du secret professionnel étant d'ordre public, le médecin ne peut en être délié par quiconque, pas même par son client, dût ce dernier en tirer quelque avantage.

Les seules circonstances où il peut être dérogé, dans l'intérêt public, à l'obligation du secret professionnel, sont limitativement énumérées par la loi, art. 56 du Code pénal et art. 15 de la loi du 30 novembre 1892 en exécution duquel ont été pris les décrets des 10 février 1903 et 13 octobre 1923).

Mais le secret professionnel des médecins ne s'étend qu'aux faits dont ils ont eu connaissance en soignant leurs clients. Le secret médical n'existe pas pour le médecin expert dont le rôle est précisément de révéler à l'autorité qui l'a nommé les constatations qu'il est chargé d'effectuer.

De même, le médecin contrôleur d'une compagnie d'assurances ou le médecin chargé par un patron d'examiner les employés et ouvriers en vue de l'embauche, doivent à leurs mandants toute la vérité. Mais les personnes qu'ils ont à examiner savent à

quoi s'en tenir, lorsqu'elles se soumettent à cet examen. Elles ne considèrent pas ces médecins comme des confidents sûrs au même titre que leur médecin traitant.

LE SECRET MÉDICAL

ET LES ASSURANCES SOCIALES.

137. Fallait-il, en matière d'assurances sociales, déroger à la règle tutélaire du secret professionnel ? Devait-on, pour faciliter la tâche des caisses primaires, et pour rendre le contrôle plus commode et plus efficace, autoriser ou même obliger les médecins à dévoiler les secrets de leurs clients ?

Déjà on avait essayé d'entrer dans cette voie pour l'application de plusieurs lois sociales antérieures et le législateur avait été récemment sollicité de modifier l'article 378 du Code Pénal en vue de délier les médecins du secret professionnel dans un but d'hygiène sociale.

Contre le secret professionnel on invoquait la plupart des législations étrangères qui, en matière d'assurances sociales, autorisent et même obligent le médecin traitant à indiquer à la caisse d'assurances le diagnostic et parfois le traitement prescrit.

Le Corps médical français s'est violemment élevé contre cette pratique et a déclaré à maintes reprises que, pour sa part, il ne consentirait jamais à s'y soumettre. (Voir notamment l'article du Dr Dévé publié dans *La Presse Médicale*, n° 34 du 27 avril 1929).

Aux protestations émanant des groupements médicaux, l'Académie de Médecine vint apporter l'appui de sa haute autorité. Dans sa séance du 26 février 1929, elle adoptait le vœu suivant, sur la proposition de M. le Professeur Balthazard :

*« L'Académie de Médecine, après avoir étudié à
« nouveau la question du secret médical au regard
« des Lois sociales, émet le vœu :*

*« Que le secret médical soit respecté dans les
« Lois sociales, en particulier dans les assurances
« sociales, le contrôle technique médical bien orga-
« nisé convenant mieux pour prévenir et réprimer
« les abus que l'inutile communication du diagnos-
« tic des maladies à un personnel administratif ».*

138. Devant ces protestations, le législateur n'osa pas porter atteinte au secret professionnel. Dans ses dispositions essentielles, la loi sur les assurances sociales n'apporte aucune dérogation à l'article 378 du Code Pénal : les indications données par le médecin à la caisse ne doivent pas être de nature à amener la révélation des secrets des assurés.

En fait, la Loi laisse aux conventions et aux règlements intérieurs des caisses le soin de déterminer la nature des justifications qui doivent permettre aux assurés de faire valoir leurs droits. Les prescriptions édictées à ce sujet diffèrent en général assez peu. De toutes façons, le médecin est obligé de déclarer la catégorie dans laquelle rentre l'acte médical effectué, en se référant à la nomenclature annexée à la convention. Mais en aucun cas, on ne peut

lui demander de révéler la nature de la maladie dont souffre son client ou le genre du traitement qu'il lui fait suivre.

139. Si les caisses ne peuvent obtenir aucun renseignement du médecin traitant, rien n'empêche cependant les malades eux-mêmes de les fournir de leur plein gré. Cela peut faciliter grandement le contrôle. Mais les caisses peuvent seulement provoquer les déclarations de leurs membres; elles n'ont pas le droit de les exiger.

Il va sans dire que les employés des caisses sont eux-mêmes tenus au secret professionnel pour tous les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils tombent, eux-aussi, sous le coup de l'article 378 du Code Pénal.

140. Dans le prochain chapitre, nous verrons jusqu'à quel point les médecins sont tenus au secret professionnel en cas de contrôle. Nous y examinerons également, du même point de vue, les obligations des médecins contrôleurs mandatés tant par les caisses que par les syndicats médicaux.

LE CONTROLE

141. La loi sur les assurances sociales prévoit deux sortes de contrôle :

1° le contrôle général qui appartient à la caisse et qui est surtout un contrôle de l'assuré;

2° le contrôle du médecin ou contrôle technique qui est exercé par le syndicat de médecins.

LE CONTROLE GÉNÉRAL

OBJET DU CONTROLE GÉNÉRAL.

142. La caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie (art. 24, § 1^{er} du règlement d'administration publique). En fait, il s'agit principalement de contrôler les assurés en vérifiant la réalité des maladies, la durée d'incapacité de travail et aussi l'observation des prescriptions d'ordre général du médecin traitant (repos au lit, à la chambre, cessation du travail).

L'assuré est-il réellement malade et l'affection dont il est atteint justifie-t-elle son recours à l'assurance ? Son état le met-il dans l'impossibilité de

travailler et pendant combien de temps ? Se conforme-t-il scrupuleusement aux instructions de son médecin en ce qui concerne le repos ? Tels sont les principaux points que la caisse peut chercher à éclaircir par ses propres moyens.

LES ORGANES DE CONTROLE DE LA CAISSE.

143. La caisse fait exercer son contrôle :

1° par son personnel administratif (administrateurs, sections locales, correspondants locaux, visiteurs et dames visiteuses) dont le rôle se borne aux constatations matérielles et aux enquêtes ne demandant aucune compétence technique;

2° par des médecins contrôleurs, plus spécialement chargés de se rendre compte de l'état des malades.

Aucune condition spéciale n'est exigée pour remplir les fonctions de médecin-contrôleur. Le titre de docteur en médecine suffit. Mais le médecin-contrôleur d'une caisse ne doit, en aucun cas, soigner des assurés membres de cette caisse (art. 25, § 1^{er}, al. 3 du règlement d'administration publique).

EXERCICE DU CONTROLE DE LA CAISSE.

144. Les attributions des agents administratifs de la caisse sont nécessairement assez limitées. Le règlement d'administration publique prévoit « qu'ils « participent à la surveillance des malades et peuvent,

« en outre, être chargés de s'enquérir des conditions
« d'hygiène dans lesquelles ils vivent; leur dispenser
« les prestations en argent et leur apporter un con-
« cours moral » (art. 25, § 2).

Le médecin contrôleur joue un rôle beaucoup plus important. Il procède à toutes investigations et constatations concernant l'état des malades et leur incapacité de travail (art. 25, § 1^{er} du règlement d'administration publique). Il convoque les malades à son cabinet, si ceux-ci peuvent se déplacer, sinon il se rend à leur domicile.

Le contrôle peut être effectué à tout moment. L'assuré doit s'y prêter et répondre aux questions qui lui sont posées. Tout refus de se laisser examiner ou toute réticence entraîne la suspension du service des prestations (art. 7, § 2 de la Loi).

Le médecin-contrôleur doit s'abstenir de toute imixtion dans le traitement des malades. Cependant sa compétence lui permettra souvent d'apprécier si l'importance des frais médicaux paraît justifiée et s'il n'y a pas exagération de la part du médecin traitant. En cas d'abus manifeste, rien ne l'empêche de suggérer à la caisse l'idée de provoquer, ainsi que la Loi lui en donne le droit¹, le contrôle technique du syndicat de médecins.

Mais, en présence de l'assuré, le médecin-contrôleur de la caisse devra s'abstenir de formuler toute critique à ce sujet.

145. L'assuré peut exiger que le contrôle ait lieu en

(1) Voir ci-après § 158.

présence de son médecin traitant. Le rôle de ce dernier est alors d'assister son client en lui prêtant l'appui de ses connaissances médicales.

Se trouve-t-il, en cette circonstance, délié de l'obligation du secret professionnel ? En faveur de la négative, on pourrait faire valoir que le consentement du malade lui-même est insuffisant pour autoriser le médecin à révéler ce qu'il sait. Mais, puisqu'en l'espèce le législateur a prévu l'intervention du médecin traitant (art. 7, § 2 de la Loi), il faut en conclure qu'il a entendu déroger à cette interprétation de l'article 378 du Code Pénal. Sinon le médecin traitant serait réduit à jouer le rôle de personnage muet et on se demande quelle pourrait être son utilité. Nous pensons donc que, si l'assuré le lui demande, le médecin a le droit de faire, vis-à-vis du médecin-contrôleur, état de ce qu'il sait. Bien entendu, il ne doit le faire que dans la mesure où la justification des droits de son client lui paraît le nécessiter.

LE MÉDECIN CONTROLEUR ET LE SECRET PROFESSIONNEL

146. Quant au médecin de la caisse, quelles sont ses obligations en matière de secret professionnel ?

Vis-à-vis des tiers, il n'est pas douteux que, comme le personnel administratif de la caisse, il est tenu à la discrétion la plus absolue et qu'il est passible des peines prévues par l'article 378 du Code Pénal. Mais

la question est beaucoup plus délicate en ce qui concerne ses rapports avec la caisse elle-même. A-t-il le droit de donner à celle-ci toutes les précisions qu'elle désire ? Doit-il au contraire se borner à confirmer ou à infirmer les indications du médecin traitant, indications qui, nous l'avons vu, n'entraînent pas violation du secret professionnel ?

On connaît l'opinion de la majorité du Corps Médical : le Docteur Dévé écrivait le 27 avril 1927 dans le *Concours Médical* : « Tout système de contrôle
« des assujettis à la Loi qui reposerait sur la révéla-
« tion directe à des tiers non médecins, faite par le
« médecin traitant des diagnostics portés par lui, res-
« terait lettre morte. Il en serait de même si la révé-
« lation était faite à un médecin de contrôle qui ne
« serait pas lui-même tenu, vis-à-vis des administra-
« tions, au secret le plus impénétrable, au même degré
« et sous les mêmes sanctions pénales que le méde-
« cin traitant. Alors surtout que toute la pathologie
« peut être en cause, comme en matière d'assistance
« médicale gratuite ou d'assurances sociales. Le corps
« médical ne prêterait son concours à aucune mesure
« qui l'amènerait à sacrifier les droits et la dignité
« des malades. Il l'a clairement dit maintes fois... »

Au dire de la plupart des médecins, la caisse serait suffisamment informée si son médecin contrôleur se bornait à déclarer : « Tel assuré n'est pas malade » ou « la maladie n'est pas de celles qui peuvent donner ouverture à l'assurance », ou encore « elle n'entraîne aucune incapacité de travail ».

147. Si l'on se place au point de vue juridique, il paraît assez difficile de refuser au médecin de la caisse le droit de la renseigner exactement. Ce médecin se trouve dans la même situation que le médecin patronal chargé de constater l'état d'un accidenté du travail. Or la jurisprudence reconnaît à ce dernier le droit de faire savoir toute la vérité à son mandant¹.

D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que c'est à la caisse qu'il appartient éventuellement d'engager une instance; il est légitime qu'elle désire auparavant disposer de toutes les précisions nécessaires.

148. Mais le médecin contrôleur doit-il donner à la caisse des détails sur tous les malades qu'il contrôle ou doit-il se borner à le faire lorsqu'il se trouve en présence d'un cas suspect ?

En faveur de la seconde attitude, on peut faire valoir que le règlement d'administration publique donne les précisions suivantes : « En cas de désaccord avec le médecin traitant ils (les médecins contrôleurs) avisent la caisse » (art. 25, § 1^{er}), et, plus loin : « Les médecins contrôleurs ainsi que les visiteurs ou dames visiteuses signalent, le cas échéant, à la caisse, dans des rapports adressés au service local, les abus, lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater » (art. 25, § 3).

On peut donc soutenir qu'en l'absence de toute irrégularité, le médecin de la caisse doit se contenter de faire savoir que le résultat de son contrôle est négatif.

(1) Voir ci-dessus § 137.

De toutes façons, il est bien évident que les médecins contrôleurs n'ont pas à révéler les faits confidentiels dont ils viennent à avoir connaissance, si cette révélation ne présente aucun intérêt pour les caisses.

CONTESTATIONS RELATIVES A L'ÉTAT
DU MALADE.

149. S'il y a désaccord entre la caisse et l'assuré en ce qui concerne l'état de ce dernier, cet état est apprécié par une commission de trois médecins prévue à l'article 7, § 5 de la Loi : médecin traitant, médecin de la caisse et médecin désigné par le juge de paix.

En matière de soins spéciaux, le juge de paix pourra être embarrassé pour désigner le médecin qui devra départager les deux autres. Rien ne paraît s'opposer à ce qu'il consulte à ce sujet le médecin de l'assuré et celui de la caisse. A défaut, il n'aura qu'à choisir un médecin exerçant la même spécialité que le médecin de l'assuré.

La commission se borne à constater l'état du malade; elle ne constitue pas une juridiction, elle joue seulement le rôle d'expert; mais ses constatations ont une valeur toute particulière du fait qu'elles entraîneront presque à coup sûr la décision des juges. Par suite, il est à prévoir que l'avis de la commission technique permettra le plus souvent d'arriver à un règlement amiable.

150. A qui doit incomber la charge de la preuve ? Est-ce à l'assuré de démontrer qu'il est réellement

malade ou appartient-il à la caisse de contester l'exactitude des déclarations du médecin traitant ?

Cette question est d'une importance capitale car il sera souvent extrêmement difficile, sinon tout à fait impossible, d'établir avec certitude, soit que l'assuré est malade, soit qu'il ne l'est pas. Et la difficulté d'administrer la preuve serait encore plus grande pour la caisse que pour l'assuré, car il s'agirait pour elle de prouver un « fait négatif ».

151. La commission des trois médecins n'a pas, semble-t-il, à se préoccuper des constatations faites antérieurement, tant par le médecin de l'assuré que par celui de la caisse : chargée de procéder à des constatations objectives, elle se doit de faire table rase du passé comme le ferait un expert.

Dès lors trois hypothèses peuvent se présenter : si la commission peut constater scientifiquement que l'assuré est malade, aucune difficulté. Il en est de même si elle établit sans aucun doute possible qu'il s'agit d'un fraudeur. Mais il faut prévoir le cas, et il ne sera pas exceptionnel, où les trois médecins malgré toute leur science, se heurteront à une insurmontable impossibilité d'éclaircir le doute. Devront-ils néanmoins se prononcer ? Le texte de la Loi paraît les y inciter puisqu'il est dit qu'ils doivent « apprécier » l'état de l'assuré (art. 7, § 3 de la Loi).

Il peut arriver cependant que certains médecins reculent devant la responsabilité à prendre et se bornent à déclarer, comme le feraient de véritables experts, qu'ils sont hors d'état de conclure. Pour jus-

tifier cette attitude, ils pourraient faire observer que, ne constituant pas une juridiction, ils peuvent, sans commettre un déni de justice, refuser de prendre parti.

Qu'arriverait-il alors ? Les indications de la feuille de maladie devraient-elles être admises puisqu'elles n'auraient pas été formellement contredites ? La caisse serait-elle fondée au contraire à refuser le paiement des prestations sous prétexte que l'assuré n'aurait pas fait la preuve de son droit ?

Il appartient à la jurisprudence de trancher la question. De la solution qui sera adoptée dépendra, nous l'avons vu¹, l'attitude des praticiens à l'égard des assurés.

152. Il est à noter que l'avis de la commission technique n'a de valeur que dans les rapports entre l'assuré et la caisse. Il n'en a aucune dans les rapports entre l'assuré et son médecin. Que les honoraires de ce dernier ne soient pas pris en charge par la caisse, il ne s'en suit nullement qu'ils ne lui soient pas dus. Le client doit les payer et, s'il croit avoir de bonnes raisons pour ne pas le faire, il doit s'adresser aux tribunaux de droit commun.

LES FRAIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE.

153. Les honoraires du médecin contrôleur de la caisse sont à la charge de la caisse; ceux du médecin traitant sont à la charge de l'assuré. Quant à ceux

(1) Ci-dessus §§ 126 et 127.

du médecin choisi par le juge de paix, ils sont à la charge de la partie perdante.

LE CONTROLE TECHNIQUE

OBJET DU CONTROLE TECHNIQUE.

154. Le syndicat de médecins qui a contracté avec la caisse est chargé de contrôler « la façon dont les « services techniques sont assurés » (art. 7, § 1^{er} de la Loi). Ce contrôle a pour but principal « la recherche « de tout abus professionnel » (art. 26, § 2 du règlement d'administration publique).

Le contrôle technique est essentiellement un contrôle exercé sur les médecins; mais il peut aussi avoir des conséquences à l'encontre des assurés, car le syndicat de médecins est tenu de communiquer à la caisse les irrégularités de toute nature qu'il constate.

Le contrôle du syndicat « porte notamment sur « le nombre des visites, l'exactitude des certificats, « la régularité des ordonnances, et d'une manière « générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens » (art. 26, § 2, al. 2 du règlement d'administration publique).

155. Il peut arriver que des prescriptions pharmaceutiques ou un traitement jugés abusifs par les contrôleurs du syndicat soient le fait, non de la complaisance du médecin traitant, mais de son igno-

rance ou même d'une divergence de conceptions scientifiques. Quelle doit être, dans cette hypothèse, l'attitude du médecin contrôleur ? En d'autres termes, peut-il relever les erreurs de diagnostic commises par le médecin traitant et critiquer ses méthodes thérapeutiques ? Ce serait rendre singulièrement délicat le rôle du contrôleur technique¹. On peut soutenir néanmoins que cela rentre dans ses attributions. Mais il devra en la matière se montrer prudent et ne relever que les fautes lourdes et évidentes, ce qui ne l'empêchera pas, si son autorité vis-à-vis de son confrère est suffisante, de lui donner à l'occasion un conseil bienveillant.

156. « Quoi qu'il en soit, l'exercice du contrôle technique ne peut en aucun cas entraver ou retarder l'administration des soins ou la fourniture des médicaments, ni avoir pour effet de substituer à

(1) Voici ce qu'écrivait, dans un style savoureux, le D^r E. CARLO dans les *Archives Médico-chirurgicales de Normandie* (N° 72, de décembre 1929, page 2734) sur les difficultés du contrôle technique :

« Mais il est bien d'autres toxines nécosantes que les lois réputées sociales élaborent dans leurs flancs.

« Elles impliquent, par exemple, de toute nécessité, l'organisation du contrôle. Les médecins se contrôleront les uns les autres. A première vue, ça paraît simple et de bon goût. A la réflexion et à l'épreuve de l'expérience, on s'aperçoit que c'est malaisé et dangereux.

« Le traitement d'un malade est, en définitive, affaire de jugement personnel. N'y a-t-il pas des méthodes de traitement qui naissent et meurent chaque jour ? N'y a-t-il pas une médecine homéopathique, une médecine allopathique ? Et des hypothèses, et des théories aussi mouvantes que les flots ?

« Pour peu que les contrôles se multiplient — et ils se multiplieront, c'est fatal — la suffisance et la vanité du contrôleur heurteront souventes fois l'amour propre exacerbé du contrôlé ! De cette copulation antiphysique naîtront des ran-cunes tenaces, des haines inexpiables, la guerre clandestine, au couteau ».

« la responsabilité du médecin traitant celle d'autres praticiens » (art. 26, § 2, al. 4 du règlement d'administration publique).

ORGANISATION DU CONTROLE.

157. Conformément aux vœux formulés par le Corps médical, c'est aux syndicats de médecins ayant contracté avec les caisses qu'il appartient d'organiser le contrôle technique. Les médecins sont ainsi contrôlés par leurs pairs.

Les médecins contrôleurs sont désignés par le syndicat. Là encore, aucune condition particulière n'est requise : ni diplôme spécial, ni même obligation de faire partie du syndicat. Contrairement à ce qui a lieu pour les médecins contrôleurs des caisses, rien ne s'oppose en principe à ce que les médecins contrôleurs désignés par le syndicat soignent des membres de la caisse.

Mais une remarque s'impose en ce qui concerne ces derniers médecins : leur rôle est beaucoup plus difficile que celui des médecins contrôleurs des caisses. Ils devront donc être choisis avec le plus grand soin parmi les praticiens auxquels leur âge et leur expérience confèrent aux yeux de leurs confrères une certaine autorité.

Pour réduire au minimum les froissements que l'exercice du contrôle technique peut créer entre ses membres, le syndicat a la faculté de choisir ses contrôleurs parmi les médecins d'un autre département :

on a préconisé des ententes entre syndicats de départements limitrophes.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES
EST EXERCÉ LE CONTROLE TECHNIQUE.

158. Le contrôle technique est exercé :

1° soit sur la demande de la caisse,

2° soit spontanément au gré du syndicat de médecins.

Le syndicat qui contracte avec une caisse s'engage, aux termes de la convention, à déférer à toutes les demandes de contrôle qui lui seront formulées par la caisse. Il suffit à celle-ci de signaler les cas où elle désire que le contrôle technique soit exercé. Elle n'a aucune justification à fournir et jamais on ne peut lui faire grief d'avoir provoqué le contrôle. Le syndicat doit s'exécuter.

D'autre part, le syndicat de médecins prend aussi l'engagement d'exercer le contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité. Il doit procéder à des sondages et contrôler l'ensemble des médecins participant à l'assurance, même en l'absence de tous soupçons.

A plus forte raison, si les dirigeants du syndicat suspectent un de leurs confrères, ont-ils le devoir de le faire contrôler sérieusement afin de se prononcer sur son cas en toute connaissance de cause et, éventuellement, de requérir contre lui les sanctions qui s'imposent.

« Les syndicats de praticiens ne peuvent, sous peine de retrait d'habilitation, se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle. En cas de carence de leur part, la commission tripartite prévue à l'article 7, § 5 de la Loi prend toute mesure nécessaire pour y parer » (art. 26, § 1^{er}, al. 3 du règlement d'administration publique). La seule mesure possible serait, à notre avis, la résiliation de la convention.

CONDITIONS D'EXERCICE DU CONTROLE TECHNIQUE.

159. Les conditions d'exercice du contrôle technique sont déterminées par les conventions. Bien que ce contrôle soit avant tout un contrôle du médecin, le contrôleur du syndicat peut cependant examiner le malade et même l'interroger. De son côté, le médecin traitant doit répondre à toutes les questions qui lui sont posées par le médecin contrôleur.

Le secret professionnel ne semble pas devoir jouer entre médecin traitant et médecin contrôleur. Mais le médecin contrôleur désigné par le syndicat de médecins est lui-même tenu vis-à-vis des tiers aux mêmes obligations que le médecin traitant.

160. Le contrôle technique fait l'objet d'un rapport. Ce rapport est transmis à la caisse :

1° dans tous les cas, si le contrôle a été effectué sur la demande de celle-ci;

2° seulement en cas d'abus, lorsque le contrôle a été effectué spontanément par le syndicat de médecins.

La caisse se trouve ainsi à même de défendre ses intérêts : elle peut refuser à l'assuré le règlement des prestations qui ne lui sont pas dues ou poursuivre le recouvrement de celles qu'il aurait perçues indûment. Elle peut aussi requérir contre lui l'application des sanctions prévues par la loi.

D'autre part, le syndicat peut, s'il le juge à propos, requérir contre le médecin telles sanctions disciplinaires ou pénales qui lui paraissent justifiées¹.

LES FRAIS DU CONTROLE TECHNIQUE.

161. Le projet de convention-type prévoit la clause suivante : « Les frais du contrôle technique « sont à la charge du syndicat médical. Toutefois, « si la caisse réquiert du contrôle technique une « enquête sur un point spécial et si le syndicat déclare « cette enquête inutile, sous réserve des recours prévus par l'article 7, § 5 de la Loi, cette enquête sera « faite par le contrôle technique aux frais de la « caisse » (dernier § de l'art. 7).

Le syndicat de médecins aurait donc intérêt à déclarer dans tous les cas le contrôle inutile, de façon à ne pas avoir à en supporter les frais. Aussi bien serait-il logique que la caisse payât les frais d'un contrôle qui est effectué dans son intérêt.

(1) Voir ci-après §§ 169 et 170.

162. Mais, de toutes façons, les syndicats médicaux auront à supporter, du fait du contrôle, des frais sensibles. Les médecins syndiqués voudraient ne pas être les seuls à y pourvoir. Ils demandent que ces frais soient répartis entre tous les médecins participant au fonctionnement des assurances sociales, syndiqués et non syndiqués. Cela paraît d'ailleurs assez difficile dans l'état actuel des textes ¹.

LA COLLABORATION DES CAISSES ET DES SYNDICATS DE MEDECINS EN VUE DU CONTRÔLE

163. Pour que le contrôle soit pratique et efficace, il est bon que les syndicats de médecins et les caisses agissent dans un esprit de collaboration et de confiance. La convention-type le prévoit par une clause ainsi conçue :

« La caisse et le syndicat médical s'engagent à se
« communiquer réciproquement tous les renseigne-
« ments utiles au fonctionnement de leurs contrôles
« respectifs ».

Les syndicats médicaux se montreront néanmoins très prudents dans leurs communications aux caisses. En particulier ils ne donneront jamais aucune indication relative à la nature de la maladie.

(1) Voir cependant les suggestions formulées à ce sujet par les Docteurs CIBRIE et HILAIRE. *Guide pratique*, page 45.

L'ORGANISATION DU CONTRÔLE
EN L'ABSENCE DE CONVENTION

164. En l'absence de convention, aucun changement n'est apporté aux conditions du contrôle des assurés.

Mais il n'en est pas de même en ce qui concerne le contrôle technique. La Loi dispose, en effet, que ce contrôle est exercé par les syndicats professionnels « dans le cas où il existe une convention avec la caisse » (art. 7, § 1). Rien n'est prévu pour le cas où il n'a pas été passé de convention. Faut-il en conclure que le contrôle technique lui-même doit être exercé par le médecin contrôleur de la caisse ?

Cette opinion a été soutenue par certains¹; les caisses qui n'ont pas contracté chercheront sans doute à s'en prévaloir. Elle nous paraît cependant appeler quelques réserves : la caisse pourra peut-être faire contrôler les médecins qui ne s'y opposeront pas; mais il est infiniment probable que presque tous s'y refuseront formellement. Pourra-t-on, pour cette seule raison, leur interdire de soigner les membres de la caisse ? Nous ne le pensons pas, car nulle part la Loi n'autorise les caisses à soumettre les médecins à des mesures d'instruction. On peut remarquer en outre que ce serait porter atteinte au principe du libre choix.

(1) Parmi les auteurs qui paraissent s'y rallier, citons notamment MM. HUBERT, LEPROUST et JAVERZAC. (*Les assurances sociales*, numéro 122) et MM. TISSIER, CLOSSET et OLIVIER DE SARDAN (*Traité des assurances sociales*, n° 585).

165. On objectera que, si le médecin ne peut pas être contrôlé il en résultera des abus sans nombre et que les « médecins marrons » ne courront plus aucun risque. Il est certain qu'il sera plus difficile pour la caisse de découvrir les abus. Elle ne se trouvera pas cependant absolument désarmée : les fautes du médecin pourront, le plus souvent, lui être révélées par le simple exercice du contrôle des assurés. A titre de première sanction elle refusera de payer les prestations abusives. Elle pourra de plus, chaque fois qu'elle soupçonnera un délit de la part des assurés ou des médecins, engager des poursuites devant les tribunaux de droit commun.

LE CONTENTIEUX

LA SOLUTION DES LITIGES

LA COMMISSION CANTONALE.

166. La juridiction banale en matière d'assurances sociales est une commission cantonale composée du juge de paix président, d'un employeur et d'un assuré (art. 63, § 1 de la Loi).

Cette commission connaît, en premier ressort, de toutes les difficultés auxquelles donne lieu l'application de la Loi et qui ne sont pas réservées à une autre juridiction.

Parmi les contestations échappant à sa compétence, il n'y a, en ce qui concerne notre matière, que celles relevant de la commission tripartite prévue à l'article 7, § 5 de la Loi ¹.

167. Le mode de désignation des membres de la

(1) « Sauf pour le contrôle du service technique, elle (la commission tripartite) est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera sous réserve d'appel, devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions » (art. 7, § 5, in fine).

commission cantonale et la procédure à suivre devant elle sont déterminés par l'article 63 de la Loi et l'article 230 du règlement d'administration publique.

LES VOIES DE RECOURS.

168. Les décisions de la commission cantonale sont susceptibles d'appel devant le tribunal civil. Le pourvoi en cassation est possible, mais seulement pour violation de la loi sur les assurances sociales (art. 63, § 5).

LES SANCTIONS

Les Sanctions pénales prévues par la loi.

169. La loi prévoit des peines contre les fraudeurs : l'article 65 punit « d'une amende de 16
« à 500 frs quiconque se rend coupable de fraude ou
« de fausse déclaration pour obtenir ou faire obte-
« nir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui
« ne sont pas dues, sans préjudice des peines résul-
« tant de l'application d'autres lois, s'il y échet ».

D'autre part, l'article 67, § 3, dispose que « les
« médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharma-
« ciens peuvent être exclus des services de l'assu-
« rance en cas de fausse déclaration intentionnelle.
« S'ils sont coupables de collusion avec les assurés,
« ils sont passibles en outre, d'une amende de 100

« à 2.000 frs et d'un emprisonnement de six jours à
« trois mois, ou de l'une de ces deux peines seule-
« ment sans préjudice de plus fortes peines, s'il y
« échet ».

Les dispositions des articles 65, § 1, et 67, § 3 sont très générales et permettent, semble-t-il, d'atteindre tous les actes frauduleux commis dans le service des prestations. Malheureusement les fraudes seront souvent difficiles à déceler. En particulier il sera souvent impossible d'établir le caractère intentionnel des fausses déclarations des praticiens.

En l'absence d'une juridiction répressive spéciale prévue par la loi sur les assurances sociales, c'est aux tribunaux correctionnels qu'il appartient d'appliquer les peines édictées par les articles 65 et 67, § 3. Ce sont eux également qui doivent juger les personnes tombant sous le coup de l'article 67, § 1¹.

Les sanctions corporatives édictées par les syndicats.

LE CONSEIL DE FAMILLE SYNDICAL.

170. De tout temps, les syndicats de praticiens ont édicté des sanctions disciplinaires contre ceux de leurs membres contrevenant à certaines dispositions du pacte syndical. Ils ont eu l'idée d'étendre ces sanctions à la répression des abus, commis en ma-

(1) Voir ci-dessus § 92.

tière d'assurances sociales, et dont le contrôle leur incombe aux termes de l'article 7 de la Loi.

Ils s'appuient, pour ce faire, sur l'article 26, § 3 du règlement d'administration publique, qui dispose que les syndicats de médecins poursuivent la répression des abus, « dans la forme prévue par leurs statuts ». Or les statuts de tous les syndicats prévoient une juridiction corporative spéciale : le conseil de famille syndical.

Pour assurer l'efficacité des sanctions prises, les médecins ont fait insérer dans la convention-type une clause ainsi conçue :

« De son côté la caisse déclare avoir connaissance
« des statuts du syndicat, et elle s'engage à donner
« effet, pour ce qui la concerne, lorsqu'elles seront
« devenues définitives, aux sanctions prises par le
« syndicat, conformément auxdits statuts à l'en-
« contre de *tout* médecin ayant adhéré à la présente
« convention » (art. 7, § 3 du projet de convention-type).

COMPÉTENCE « RATIONE PERSONAE » DU
CONSEIL DE FAMILLE SYNDICAL.

171. Les syndicats de médecins ont certainement le droit de prévoir des sanctions statutaires contre leurs membres coupables d'abus. Il s'agit en l'espèce d'une clause pénale analogue à celles que l'on rencontre dans maint contrat.

La légalité des sanctions ne fait aucun doute à

l'égard des membres du syndicat comme à l'égard des médecins non syndiqués ayant adhéré à la convention. Il s'agit pour les uns et les autres d'une obligation contractuelle. Mais nous avons vu¹ que certains médecins se refuseront peut-être à adhérer aux conventions. Si la jurisprudence leur reconnaissait néanmoins le droit de soigner les assurés, ils échapperaient, semble-t-il, aux peines disciplinaires édictées par les syndicats.

172. Quant à la légalité du conseil de famille syndical, elle peut également appeler certaines observations : lorsqu'un médecin se soumet de bonne grâce et dans chaque cas particulier, à cette juridiction, il est certain que la procédure est valable et la sentence régulièrement prononcée. Les membres du Conseil de famille sont alors assimilables à des arbitres : en se soumettant de son plein gré à la juridiction syndicale, le médecin passe avec le syndicat un véritable compromis tacite.

La question est plus délicate si le médecin se refuse, dès le début de la procédure, à reconnaître la compétence du conseil de famille. On peut se demander en effet si les dispositions de la convention relatives à ce conseil ne doivent pas être considérées comme une clause compromissaire. De ce point de vue on pourrait, semble-t-il, contester leur légalité. Les sanctions disciplinaires pourraient néanmoins être appliquées au médecin réfractaire,

(1) Ci-dessus § 85.

mais le syndicat se verrait obligé de l'assigner devant les tribunaux de droit commun.

Quant au médecin n'ayant pas adhéré à la convention il semble, en tout état de cause, bien difficile de le soumettre au conseil de famille.

On peut faire remarquer, il est vrai, que les pouvoirs du conseil de famille sont basés, non seulement sur les dispositions des conventions, mais encore sur celles de l'article 26, § 3 du règlement d'administration publique¹. Mais la portée de ce texte nous paraît limitée car la Loi dispose seulement que les syndicats professionnels sont chargés du « contrôle » (art. 7, § 1) : il n'est pas certain que le contrôle implique la juridiction et, s'il est vrai que les syndicats peuvent « poursuivre, dans « les conditions prévues par leurs statuts, la répression des abus qu'ils constatent », cela ne signifie nullement qu'ils aient le droit de déroger à la Loi dans la rédaction de ces statuts.

COMPÉTENCE « RATIONE MATERIAE »

173. La compétence « *ratione materiae* » est déterminée par les statuts du syndicat. En principe les faits dont le conseil de famille peut avoir à connaître ne doivent pas se confondre avec ceux pour la répression desquels des peines sont déjà prévues par la Loi (art. 65, § 1 et art. 67). Mais la ligne de démarcation sera parfois difficile à établir entre les « frau-

(1) Voir ci-dessus § 170.

des » réprimées par l'article 65 et les simples abus : L'abus-type consistera, pour le médecin, à dispenser des soins inutiles ou superflus, sans toutefois être de connivence avec le malade, car, dans cette dernière hypothèse, il n'y aurait plus abus, mais fraude caractérisée.

NATURE DES SANCTIONS PRISES

PAR LE CONSEIL DE FAMILLE SYNDICAL.

174. Les syndicats prévoient comme sanctions :

1° l'avertissement, avec ou sans communication à la caisse;

2° le blâme;

3° l'amende;

4° l'exclusion temporaire ou définitive de la participation au traitement des assurés.

L'application de cette dernière sanction soulèvera peut-être quelques objections.

Il est à noter que les statuts des syndicats édictent des peines plus sévères que celles prononcées par la Loi en cas de fraude¹, alors que les faits dont les syndicats ont à connaître, simples abus professionnels, sont moins graves que les fraudes visées par le législateur.

Les sanctions prises par le conseil de famille ne sont pas définitives; la convention-type prévoit qu'elles sont toujours susceptibles d'appel « devant « un conseil de famille national institué auprès de

(1) Voir ci-dessus § 169.

« la Confédération des syndicats médicaux et, en
« dernier ressort, devant une Commission arbitrale
« de trois membres nommée pour un an par le Con-
« seil supérieur des assurances sociales, dont deux
« choisis dans le sein dudit Conseil, l'un parmi les
« représentants des caisses primaires, l'autre parmi
« les délégués des groupements professionnels de
« médecins, le troisième ne pouvant être, ni un
« représentant des caisses, ni un praticien, ni un
« fournisseur des caisses ». (art. 7, § 4 du projet-
type de convention).

Le droit d'appel appartient, non seulement au médecin intéressé, mais aussi à la caisse.

LES ACCOUCHEMENTS

MÉDECIN OU SAGE-FEMME.

175. Le droit de pratiquer les accouchements appartient concurremment aux médecins et aux sages-femmes. Les assurées peuvent s'adresser aux uns ou aux autres.

176. Toutefois, la loi du 30 novembre 1892 (art. 4, § 1), interdit aux sages-femmes « d'employer des instruments » et leur prescrit de faire appeler un médecin ou un officier de santé en cas d'« accouchement laborieux ».

Rappelons que l'accouchement laborieux n'est pas nécessairement la conséquence d'une grossesse pathologique donnant ouverture à l'assurance-maladie. Même en cas de grossesse normale, il peut être nécessaire d'utiliser des « instruments ». C'est toujours l'assurance-maternité qui doit jouer. La seule différence consiste en ce que le concours d'un médecin est indispensable.

177. Lorsque les médecins pratiquent des accouchements, ils demeurent soumis aux conditions générales des conventions passées par les caisses avec les

syndicats de médecins, conditions que nous avons examinées dans les chapitres précédents. Il est donc inutile de nous étendre sur le rôle du médecin-accoucheur. Il convient de préciser surtout la situation des sages-femmes.

CONVENTIONS.

178. Les conditions dans lesquelles les sages-femmes participent à l'assurance-maternité font l'objet de conventions passées entre les caisses et les syndicats de sages-femmes habilités. Les problèmes posés par ces conventions sont analogues à ceux que nous avons examinés à propos des conventions entre les caisses et les syndicats de médecins.

Un projet-type de convention avec les syndicats de sages-femmes a été publié au Journal Officiel du 8 août 1930 (L. et D. page 9.168).

LE LIBRE CHOIX.

179. En matière d'assurance-maternité, comme en matière d'assurance-maladie, l'assurée choisit librement son praticien (art. 4, § 2 de la Loi) que ce soit un médecin ou une sage-femme. Le projet-type de convention prévoit cependant que le choix est limité aux sages-femmes ayant adhéré aux conditions de la convention.

LES HONORAIRES.

180. Les sages-femmes, comme les médecins, sont

soumises au régime de l'entente directe. Les honoraires sont débattus librement entre elles et leurs clientes et leur sont réglés directement. La caisse en rembourse le montant aux assurées jusqu'à concurrence de son tarif de responsabilité et déduction faite du ticket modérateur ¹.

181. La nomenclature des actes professionnels des sages-femmes annexée au projet de convention-type ne comporte que les trois rubriques suivantes :

- 1°) accouchement non pathologique comprenant neuf visites après l'accouchement;
- 2°) majoration en cas d'accouchement multiple;
- 3°) visite en sus des neuf visites forfaitaires.

Le tarif national de réassurance prévoit comme maxima d'honoraires 300 frs pour l'accouchement simple et 400 frs pour l'accouchement gémellaire. Ces chiffres sont portés respectivement à 400 frs et à 550 frs dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles.

Aucun maximum n'est prévu pour les simples visites ou consultations. Il semble qu'il y ait lieu d'appliquer, par analogie, les chiffres indiqués pour les consultations ou visites de médecins.

182. Sous réserve de l'approbation de la Commission départementale prévue à l'article 7, § 5 de la Loi, les caisses ont la liberté d'établir comme elles l'entendent leur tarif de responsabilité. Il ne leur est pas impossible de prévoir des taux différents suivant

(1) L'assurée justifie de l'accouchement par la production d'une « feuille de maternité » remplie par le médecin ou la sage-femme.

que l'accouchement est pratiqué par un médecin ou par une sage-femme. Toutefois cette méthode n'est pas à conseiller en ce qui concerne les accouchements normaux pour lesquels le concours d'un médecin n'est pas indispensable. Il n'y a aucune raison pour créer une inégalité entre les assurées auxquelles il plait de faire appeler un médecin et celles qui se contentent des soins d'une sage-femme. D'ailleurs la liberté de la caisse est limitée par le tarif de réassurance. Celui-ci ne fait aucune distinction entre les accouchements normaux pratiqués par les médecins et ceux pratiqués par les sages-femmes. Les maxima qu'il impose ne peuvent pas être dépassés, quel que soit le praticien choisi.

En fait, toutes les caisses adoptent la clause du règlement intérieur type qui prévoit que le tarif de responsabilité « ne comporte qu'un prix pour une prestation, quelle que soit la catégorie professionnelle du « praticien qui l'a fournie » (art. 37, al. 2). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de tenir compte des coefficients qui figurent pour l'accouchement dans la nomenclature de pratique médicale courante¹.

183. Mais la nomenclature de pratique médicale courante ne vise que les accouchements normaux. Dès que l'emploi d'instruments devient nécessaire et que l'intervention du médecin s'impose, l'acte médical accompli n'est plus semblable à celui qui est à la portée de la sage-femme, c'est un acte de chirurgie

(1) Voir ci-dessus § 101 et tableau placé en annexe à la fin de l'ouvrage.

pour lequel le praticien calcule ses honoraires d'après la nomenclature des chirurgiens.

Un accouchement peut donner lieu à la fois à l'intervention d'une sage-femme et d'un médecin : souvent on commence par faire venir la première et c'est elle qui reconnaît la nécessité de recourir au second. Parfois le médecin est appelé seulement à la fin de l'accouchement. Dans ce cas, il est dû des honoraires à l'un et à l'autre.

Le projet-type de convention avec les syndicats de sages-femmes prévoit que « les honoraires forfaitaires d'accouchement sont dus à la sage-femme, même si elle a dû recourir à l'intervention d'un médecin ». Il n'a en effet aucune raison pour réduire sa rémunération dans ce cas, bien au contraire.

Quant aux honoraires demandés à l'assurée par le médecin, ils sont calculés d'après l'acte médical accompli par lui (accouchement artificiel, forceps, opération césarienne, etc.). Lorsque le médecin est seulement intervenu au cours d'un accouchement commencé par une sage-femme, le coefficient à appliquer est celui correspondant à l'acte isolé.

Il semblerait logique de faire rembourser à l'assurée, en cas d'accouchement anormal, le montant des honoraires payés par elle au médecin et aussi, le cas échéant, ceux dus à la sage-femme, ces honoraires devant être calculés d'après le tarif de responsabilité habituel de la caisse.

Tel ne paraît pas être cependant l'avis du Ministre du Travail qui déclare, dans sa circulaire du 21 mars 1931 relative à l'assurance-maternité, que « le tarif

« de responsabilité peut comporter une majoration
« de 20 à 50 % lorsqu'il ne s'agit pas d'un accouche-
« ment normal, notamment lorsque la sage-femme
« doit faire appel à l'intervention d'un médecin ».

Mais la pensée du Ministre demande à être précisée. Il est douteux que ces dispositions doivent s'appliquer à tous les accouchements anormaux, quelle que soit l'importance des interventions qu'ils nécessitent. Il serait injuste d'augmenter seulement d'une somme dérisoire (150 ou 225 frs au maximum) l'indemnité forfaitaire d'accouchement lorsque l'assurée subit par exemple une opération césarienne pour laquelle elle doit payer au chirurgien 2.000 frs d'honoraires sur la base du tarif syndical minimum.

Ne serait-ce pas complètement méconnaître le but de l'assurance que de couvrir presque intégralement les dépenses prévisibles, occasionnées par un accouchement ordinaire, et de laisser au contraire à la charge de l'assurée la presque totalité des frais exceptionnels entraînés par une opération importante ?

184. En cas d'accouchement prématuré¹ les honoraires sont les mêmes que pour un accouchement à terme. Par contre les caisses peuvent fixer pour le cas d'interruption de la grossesse² un tarif³ de responsabilité inférieur à celui prévu pour l'accouchement normal (circulaire du Ministre du Travail en date du 21 mars 1931).

(1) Un accouchement est dit prématuré s'il se produit après six mois et avant les neuf mois révolus.

(2) Il s'agit de l'interruption de la grossesse qui se produit avant le sixième mois, c'est-à-dire avant que le fœtus soit viable.

En cas de grossesse nerveuse, il ne saurait être question d'honoraires d'accouchement. Il doit seulement être tenu compte des consultations ou des visites nécessitées par l'état de l'assurée.

LE SECRET PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES.

185. Les sages-femmes sont, au même titre que les médecins, soumises à l'obligation du secret professionnel; elles sont d'ailleurs visées explicitement par l'article 378 du Code pénal. Mais, en matière d'assurances sociales, cette obligation est à peu près inopérante vis-à-vis des caisses. Ce que les assurées peuvent surtout avoir intérêt à dissimuler, c'est une naissance illégitime. Or elles sont obligées de révéler l'accouchement à la caisse dès lors qu'elles réclament le remboursement des honoraires payés à la sage-femme. Comme les sages-femmes s'occupent exclusivement d'accouchements, il ne pouvait être question de parer à cet inconvénient par l'adoption d'une nomenclature appropriée.

LE CONTROLE.

186. Le projet de convention-type prévoit (art. 5) que le contrôle technique est exercé sur les sages-femmes par le syndicat de médecins ayant contracté avec la caisse. Ce contrôle pourrait cependant être exercé par les syndicats de sages-femmes; cela sem-

blerait même plus, conforme au texte de la Loi, puisque celui-ci dispose (art. 7, § 1) que le contrôle technique est exercé par les « syndicats professionnels » sans faire de distinction entre les différentes catégories de praticiens.

En fait, bien qu'à notre connaissance toutes les conventions actuellement signées soient conformes sur ce point au projet-type, la plupart des syndicats de sages-femmes se sont mis d'accord avec les syndicats de médecins pour que ces derniers leur délèguent l'exercice du contrôle.

LES SOINS DENTAIRES

187. On pouvait se demander s'il était bien opportun de faire couvrir les soins dentaires par les assurances sociales. Dans les milieux populaires, ces soins constituent encore un luxe assez peu répandu. D'ailleurs ils ne présentent pas en général un caractère d'urgence et de nécessité tel que leur assurance s'impose. Enfin les affections dentaires ne sont pas susceptibles, comme la plupart des maladies, d'entraîner une incapacité de travail privant l'assuré de son gagne-pain. C'est pourquoi on aurait pu être tenté de faire l'économie des soins dentaires.

On a fait valoir en sens contraire que, si les futurs assurés n'avaient pas l'habitude d'aller chez le dentiste, c'était tout à fait regrettable et qu'il convenait précisément de les inciter à y aller. On a surtout fait observer que l'état des dents présente une certaine importance pour le tube digestif et, par voie de conséquence, pour l'état général lui-même. La garantie des soins dentaires est donc le corollaire de l'assurance-maladie.

Nous ne méconnaissons pas la valeur de ces arguments. Mais toute la question est dominée par des considérations financières : avec les ressources actuelles des assurances sociales, les soins médicaux

ordinaires, nous l'avons déjà vu, ne sont eux-mêmes couverts que dans une proportion trop faible. Quant aux soins dentaires, ils ne peuvent donner lieu qu'au remboursement de sommes absolument dérisoires et hors de proportion avec les multiples formalités exigées des bénéficiaires. Dans ces conditions on ne peut vraiment pas dire qu'ils soient « assurés »; et peut-être aurait-il été plus sage tout au moins au début de l'application de la Loi, de ne pas engager pareilles dépenses. Cela aurait permis de couvrir dans une plus large mesure les soins médicaux proprement dits.

188. Les auteurs de la Loi ne se sont pas arrêtés à ces considérations; ils ont tenu à affirmer leurs intentions et à accorder aux assurés sociaux, dès l'entrée en vigueur de la Loi, un remboursement, si minime fût-il, de quelques soins dentaires.

LES PRESTATIONS DENTAIRES GARANTIES PAR L'ASSURANCE.

189. Il y a lieu d'appliquer les règles générales admises en matière d'assurance-maladie. L'assuré a le droit de recourir au praticien de l'art dentaire chaque fois que son état le nécessite : question de fait laissée à l'appréciation du praticien, sous réserve du contrôle de la caisse et du contrôle technique.

190. Les frais les plus importants en cette matière

sont ceux entraînés par les appareils de prothèse : l'art. 4, § 1, al. 3 de la Loi dispose que l'assuré n'a droit « qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et « thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une « profession ».

Les appareils fonctionnels sont ceux destinés à assurer la fonction masticatoire. Une annexe au projet-type de règlement intérieur pour caisses primaires propose d'adopter la règle forfaitaire suivante pour l'attribution des appareils fonctionnels :

« La fonction masticatoire est établie au moyen
« d'un coefficient calculé sur la valeur nominative
« de chaque dent ainsi définie :

« Les 8 incisives, valant chacune 1, représentent 8

« Les 4 canines, valant chacune 2, représentent 8

« Les 8 prémolaires, valant chacune 3, représentent 24

« Les 12 molaires, valant chacune 5, représentent 60

« Dont le total est égal à 100

« a) Est considéré comme édenté ayant droit à un
« appareil de prothèse fonctionnel, tout individu
« dont le coefficient masticatoire est inférieur à 40.

« b) Est considéré également comme édenté ayant
« droit à un appareil de prothèse fonctionnel, tout
« individu ayant moins de cinq dents masticantes
« (prémolaires ou molaires) en antagonisme physio-
« logique dans la position d'occlusion normale de la
« bouche ».

191. En ce qui concerne les appareils thérapeutiques, la même note contient les dispositions suivantes :

« L'attribution d'un appareil de prothèse dentaire peut être autorisée par la commission au

« titre thérapeutique, lorsqu'un état de déficience
« physiologique du sujet, dûment constaté, est consé-
« cutif, même si le coefficient masticatoire est supé-
« rieur à 40, à un état pathologique de sa denture ».

192. Quant aux appareils « nécessaires à l'exercice d'une profession » la note n'envisage leur délivrance qu'à « titre exceptionnel » et lorsque l'appareil est « absolument indispensable à l'assuré pour
« l'exercice normal de sa profession habituelle dé-
« clarée et reproduite sur la « feuille de prothèse »
« délivrée par la caisse ». Mais il n'est indiqué nulle part quelles professions peuvent nécessiter des appareils de prothèse dentaire. C'est une question d'espèce. On peut citer notamment, parmi les professions pour lesquelles l'absence d'incisives constitue un sérieux inconvénient, celles de chanteuse ou d'artiste lyrique, de musicien jouant des instruments à vent, de souffleur de verre, etc...

193. La délivrance des appareils de prothèse dentaire est obligatoirement soumise à la décision préalable d'une commission technique comprenant ¹ :

un membre désigné par le conseil d'administration de la caisse intéressée;

un membre désigné par le ou les syndicats médicaux ayant passé une convention avec la caisse;

un membre désigné par le ou les syndicats de chirurgiens-dentistes ayant passé une convention avec la caisse.

(1) Art. 4, § 1, al. 4 de la Loi et art. 20 du règlement d'administration publique.

A défaut d'unanimité au sein de cette commission, il est statué par la commission départementale prévue à l'art. 7, § 5, de la Loi (art. 20, § 3 du règlement d'administration publique).

Lorsque la caisse n'a pas passé de conventions avec les syndicats professionnels de praticiens, la constitution de la commission technique devient impossible. Dans ce cas la caisse peut charger un praticien désigné par elle de contrôler l'assuré afin de savoir si l'appareil de prothèse demandé est bien nécessaire. En cas de désaccord, le litige est porté directement devant la commission départementale. Le résultat est le même, puisque la seule opposition du membre de la commission technique, désigné par la caisse, suffit à rendre indispensable l'intervention de la commission départementale.

194. Bien qu'on ait soutenu le contraire par suite d'une mauvaise interprétation de l'article 4, § 1, al. 3 de la Loi, les appareils de prothèse dentaire, comme les autres prestations en nature, sont dus, non seulement à l'assuré lui-même, mais aussi à son conjoint et à ses enfants.

PRATICIENS POUVANT DISPENSER

LES SOINS DENTAIRES. — LE LIBRE CHOIX.

195. Le droit d'exercer l'art dentaire appartient à la fois aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine et à celles pourvues de celui du chirurgien-dentiste. Autrefois, surtout dans les campagnes, les

chirurgiens-dentistes étaient très rares; aussi les interventions dentaires courantes telles que l'extraction des dents étaient souvent pratiquées par les médecins. À l'heure actuelle, il est rare qu'un médecin de médecine générale donne des soins dentaires. L'art dentaire est considéré comme une spécialité. Les médecins qui s'y consacrent sont des spécialistes : les médecins-stomatologistes.

196. Le libre choix existe en matière de soins dentaires comme en matière de soins médicaux proprement dits. L'assuré s'adresse au praticien qu'il préfère, que ce soit un chirurgien-dentiste ou un médecin-stomatologiste.

LES CONVENTIONS.

197. Avec quels syndicats les caisses doivent-elles passer des conventions en ce qui concerne les soins dentaires ? Il existe des syndicats de médecins-stomatologistes, des syndicats de chirurgiens-dentistes et des syndicats « mixtes » au sein desquels se rencontrent à la fois les uns et les autres.

L'habilitation est conférée aux syndicats dentaires par une commission composée de représentants des groupements nationaux de praticiens exerçant l'art dentaire.

La liste des syndicats dentaires habilités ne comprend actuellement que des syndicats de chirurgiens-dentistes et des syndicats mixtes, mais pas de syndicats de médecins-stomatologistes.

Contrairement à ce qui a lieu pour les syndicats de médecins, les syndicats dentaires habilités ne correspondent pas tous au cadre départemental. Dans certaines régions, les caisses ont le choix entre plusieurs syndicats.

198. Un projet de convention-type relative aux soins dentaires a été publié au Journal Officiel du 8 août 1930. Ce texte prévoit l'obligation, pour le praticien, d'adhérer aux conditions de la convention. La question se présente exactement de la même façon que pour les médecins¹.

En admettant que l'adhésion soit indispensable on peut se demander à quelle convention doit adhérer le médecin-stomatologiste ? Est-ce à la convention médicale passée avec le syndicat de médecins ou à la convention dentaire passée avec le syndicat dentaire ? A lire le projet-type de convention dentaire, il semble que ce soit de cette dernière qu'il relève. Il paraît tout au moins certain qu'un médecin a la faculté d'y adhérer, puisqu'elle vise « toute personne légalement autorisée à pratiquer l'exercice de l'art dentaire en France ». Mais par ailleurs, la convention passée avec le syndicat de médecins n'exclut nullement les soins dentaires. Donc tout médecin qui a adhéré à cette convention a le droit de donner ces soins aux membres de la caisse contractante.

Les conditions auxquelles sont soumis les médecins-stomatologistes sont pratiquement les mêmes, qu'ils

(1) Voir ci-dessus § 85.

aient adhéré à l'une ou à l'autre convention. La seule différence consiste en ce qu'ils sont soumis dans un cas au contrôle du syndicat de médecins et dans l'autre à celui du syndicat dentaire¹.

Certains médecins-stomatologistes sont en même temps oto-rhino-laryngologistes. Il y a aussi des médecins de médecine générale qui sont appelés occasionnellement à soigner les dents. En général ces médecins adhéreront seulement à la convention passée par la caisse avec le syndicat de médecins. Pourraient-ils adhérer à la fois à la convention médicale en ce qui concerne les soins médicaux proprement dits et à la convention dentaire en ce qui concerne les soins dentaires ? Cela ne paraît pas absolument impossible. Cependant ces praticiens se trouveraient dans une situation tout à fait paradoxale en ce qui concerne le contrôle car, pour les soins dentaires, ils relèveraient à la fois du syndicat de médecins et du syndicat dentaire. Le droit de contrôle technique du syndicat de médecins est en effet absolument général et s'étend à tous les actes médicaux, de quelque nature qu'ils soient, accomplis par les médecins ayant adhéré à la convention médicale.

LE TRAITEMENT.

199. Sous réserve du contrôle technique, les praticiens exerçant l'art dentaire sont libres de traiter

(1) La thèse de la Confédération des syndicats médicaux est qu'un stomatologiste doit adhérer à la convention Caisse-syndicat médical. Ce point de vue est assez logique car le stomatologiste peut pratiquer des interventions qui dépassent la compétence des chirurgiens-dentistes.

leurs clients suivant la méthode qui leur paraît préférable. Comme pour les autres soins, le but à atteindre est d'améliorer dans toute la mesure du possible l'état de l'assuré ou, au pis aller, d'éviter qu'il ne s'aggrave. Le praticien n'est pas tenu d'adopter la solution la plus économique. Par exemple s'il voit la possibilité de conserver une dent qui peut être utile à l'assuré, il doit la traiter au lieu de l'extraire bien qu'en général cette dernière solution soit moins onéreuse.

TARIFS.

200. Les soins dentaires sont réglés par l'assuré au praticien suivant le régime de l'entente directe. Ils sont remboursés par la caisse jusqu'à concurrence de son tarif de responsabilité sur le vu d'une « feuille de soins dentaires » remplie par le praticien.

Le tarif de responsabilité des soins dentaires, comme celui des soins médicaux ordinaires, est établi d'après une nomenclature ¹.

201. Les caisses sont obligées d'adopter des chiffres très bas car le tarif limitatif des droits à la réassurance prévoit comme chiffres-clés maxima 5 frs dans les villes de plus de 200.000 habitants et les circonscriptions industrielles et 3 frs seulement pour le reste du territoire.

En outre, certaines interventions n'entrent pas en ligne de compte pour la réassurance. Ce sont :

(1) Voir cette nomenclature en annexe à la fin de l'ouvrage.

- 1° la consultation dentaire,
- 2° le nettoyage de la bouche,
- 3° le traitement des gencives.

202. Si un praticien de l'art dentaire autre qu'un médecin-stomatologiste pratique une intervention non prévue par la nomenclature dentaire et rentrant néanmoins dans sa capacité professionnelle, c'est la nomenclature des spécialistes qui doit être appliquée.

LE CONTROLE.

203. L'organisation du contrôle technique des syndicats dentaires est calquée sur celle des syndicats de médecins. Ces groupements comportent, comme les syndicats de médecins, un conseil de famille à la juridiction duquel sont soumis les praticiens ayant adhéré à la convention dentaire.

Ce conseil prend des sanctions conformément aux statuts du syndicat sous réserve de l'appel « devant
« le Conseil de famille national et, en dernier res-
« sort, devant une Commission arbitrale désignée
« annuellement par le Conseil supérieur des assu-
« rances sociales et composée de trois membres dont
« un représentant des caisses et un représentant des
« groupements professionnels dentaires, choisis dans
« son sein, le troisième ne pouvant être ni un repré-
« sentant des caisses, ni un praticien, ni un fournis-
« seur des caisses » (art. 6 de la convention-type
dentaire).

L'HOSPITALISATION

204. En cas de besoin les bénéficiaires de l'assurance peuvent être hospitalisés aux frais de leur caisse.

Comment ce besoin doit-il être apprécié ? On ne saurait établir des règles absolues. L'hospitalisation peut être rendue nécessaire, soit par la nature de l'affection, soit par les mauvaises conditions matérielles dans lesquelles l'assuré vit chez lui (logement trop petit ou insalubre, situation de famille, etc...); pour les accouchements, par exemple, l'hospitalisation n'est pas toujours indispensable. Il peut arriver cependant que le logement soit trop exigu pour que l'assurée puisse y être soignée avec de bonnes garanties d'hygiène.

205. De toute façon, on ne peut jamais obliger un malade à se faire hospitaliser, quelle que soit la maladie dont il souffre. La loi française diffère sur ce point de la loi allemande qui oblige l'assuré vivant seul à se laisser hospitaliser dès qu'il est atteint d'une affection sérieuse.

206. Dans quelle mesure les assurés auront-ils re-

cours aux établissements de soins ? Il est difficile de s'en faire une idée, car le régime de l'hospitalisation n'est pas encore au point. La question est d'ailleurs très complexe.

M. le D^r BOUDIN, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique, particulièrement averti de toutes les questions concernant l'application médicale des assurances sociales, a bien voulu nous faire part de son opinion à ce sujet : à son avis, l'évolution et l'extension de la science médicale donnent chaque jour plus d'importance aux établissements de soins, publics ou privés, qui deviennent peu à peu de véritables « centres de diagnostic et de cure ». Dans l'avenir tous les assurés s'adresseront à eux, chaque fois qu'ils voudront se faire soigner ou simplement demander un avis autorisé. « Ainsi, nous dit M. le D^r BOUDIN, la médecine de l'avenir est une médecine collective. Le médecin de famille verra décroître ses attributions; bientôt il se bornera à soigner les affections bénignes et, dans les cas plus graves, à diriger ses clients vers les établissements appropriés ».

Sans méconnaître le rôle important que les établissements de soins sont de plus en plus appelés à jouer surtout comme « centres de diagnostic », M. le D^r Hilaire, secrétaire général adjoint de la Confédération des syndicats médicaux français, pense cependant que les assurances sociales permettront à leurs bénéficiaires de se faire soigner chez eux pour beaucoup de maladies qui, sans elles, auraient pu

autrefois nécessiter leur hospitalisation : c'est seulement pour échapper à la misère que beaucoup de personnes de condition modeste se font soigner à l'hôpital; les indemnités qu'elles recevront désormais en cas de maladie les mettront à l'abri du besoin et leur permettront souvent de rester dans leur famille. Cette opinion semble bien être confirmée par les faits : on peut constater en effet que la clientèle des hôpitaux a déjà sensiblement diminué depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les assurances sociales.

207. Quoi qu'il en soit il convient d'étudier comment les assurés sont soignés dans les établissements de soins. Trois cas peuvent se présenter suivant qu'ils s'adressent :

- 1° à des établissements ayant contracté avec les caisses;
- 2° à des établissements appartenant aux caisses;
- 3° à des établissements quelconques.

ETABLISSEMENTS AYANT PASSE UN CONTRAT AVEC LA CAISSE

ETABLISSEMENTS PUBLICS
OU ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS.

208. La concurrence faite aux maisons de santé privées et aux médecins libres par les hôpitaux publics est depuis longtemps critiquée par les syndicats médicaux. La Loi sur les assurances sociales

est venue donner à cette question une importance nouvelle.

209. A l'origine les hôpitaux étaient des établissements exclusivement charitables. La Loi de 1851 qui, à l'heure actuelle, régit encore ces établissements, prévoyait qu'ils devaient recevoir les seuls « indigents ». Il n'était perçu aucune rémunération, ni pour les frais d'hospitalisation, ni pour les soins médicaux. Les premiers étaient supportés, soit par les hôpitaux eux-mêmes, dans la limite de leurs ressources propres, soit par l'Etat, les départements ou les communes. Quant aux soins médicaux ils étaient donnés par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux à titre pour ainsi dire bénévole.

210. A la clientèle ainsi définie sont d'abord venus s'ajouter les accidentés du travail, bénéficiaires de la loi de 1898. Enfin, depuis quelques années les hôpitaux admettent des malades payants; ils y voient un double avantage.

D'abord au point de vue social : il existe aujourd'hui, surtout par suite des difficultés matérielles nées de la guerre, un nombre important de « demi-indigents », non susceptibles de bénéficier de l'assistance médicale gratuite, auxquels on a voulu donner le moyen d'être bien soignés à des prix très bas.

Ensuite au point de vue financier : cela permet de répartir les frais généraux de l'hôpital sur un plus grand nombre de malades; de plus les administrations hospitalières réalisent ainsi un bénéfice impor-

tant grâce à la différence entre les sommes reçues des malades payants et les minimas indemnités allouées à leur personnel médical. Ces profits sont précieux pour la plupart des hôpitaux, auxquels il devient de plus en plus difficile de faire face, avec leurs ressources normales, à des dépenses sans cesse accrues.

Il n'en est pas moins vrai que les hôpitaux publics, se sont par certains côtés transformés en véritables entreprises commerciales.

211. On a fait à cette pratique deux objections :

1° elle est illégale, car des établissements publics n'ont pas le droit de faire de commerce¹;

2° elle contribue à réduire la clientèle des médecins et des chirurgiens privés qui ne peuvent pas, s'ils sont sérieux, consentir des prix comparables à ceux pratiqués dans les hôpitaux.

C'est surtout pour cette dernière raison que les syndicats de médecins se plaignent de l'admission

(1) On a proposé, il est vrai, de la rendre légale. Voici les suggestions de MM. GRINDA et ANTONNELLI : « A ce propos, nous signalons de nouveau la nécessité de réviser à bref délai la Loi de 1851 qui règle le statut hospitalier. Actuellement, les hôpitaux qui, légalement, ne doivent recevoir que des indigents, acceptent, notamment à Paris, des malades payants. Sous le régime des assurances sociales, les assurés seront soignés moyennant rémunération, par les caisses dans les hôpitaux. Or, nous avons précédemment insisté sur ce point, il est indispensable de plus en plus de grouper les malades graves dans des centres cliniques bien organisés, cela autant dans l'intérêt des malades que pour un exercice plus rationnel de la médecine. Il faut faciliter l'accès des hôpitaux à leur clientèle : dans ce but, nous devons régulariser législativement des usages partiellement établis et dont les résultats sont excellents ».

des malades payants dans les hôpitaux. Au cours de la discussion de la Loi sur les assurances sociales, on a fait observer que, la nouvelle législation devant couvrir les frais médicaux pour la plupart de ceux que nous avons appelés les « demi-indigents », il ne saurait plus être question d'admettre ces derniers à l'hôpital aux mêmes conditions qu'auparavant.

Mais, fermer les hôpitaux aux assurés c'eût été enlever à ces établissements la majeure partie de leur clientèle, et leur créer de graves difficultés budgétaires; au surplus il eut été inopportun de ne pas utiliser au maximum de leurs possibilités les organisations existantes.

212. Il fallait tenir compte aussi des nécessités de l'enseignement médical : « On n'écrit pas sur la « porte des hôpitaux que les malades admis dans « les salles servent à l'enseignement des élèves.

« Il est cependant impossible aux étudiants en « médecine d'apprendre à soigner les malades ail- « leurs qu'à l'hôpital.

« Si par hasard et par suite de la mise en prati- « que des assurances sociales les malades désertaient « les hôpitaux, l'enseignement médical serait en « péril » (Dr RINUY. *L'hospitalisation des assurés so- ciaux*. Bulletin des syndicats médicaux picards, avril 1930, page 17).

M. le Professeur Sergent faisait à l'Académie de Médecine les déclarations suivantes : « Cette dispa- « rition de l'organisation médicale actuelle aura, à

« son tour, une inévitable répercussion sur notre
« enseignement clinique.

« C'est à l'hôpital en effet que le futur médecin
« apprend son métier, sous la direction des profes-
« seurs de clinique et sous celle des médecins et
« chirurgiens des hôpitaux.

« Sans doute, il faudra bien que quelques services
« restent ouverts pour l'enseignement officiel, aussi
« longtemps du moins que celui-ci ne sera pas lui-
« même sapé à sa base; on peut prévoir le groupe-
« ment de ces services dans un hôpital unique : ce
« sera le retour à l'ancien hôpital des cliniques de la
« Faculté.

« Mais, c'en sera fini de ce merveilleux centre
« d'enseignement clinique, dont le corps des méde-
« cins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris a
« porté si haut et si loin, par delà nos frontières, le
« séculaire renom. Quelle génération sortira de ce
« nouveau creuset, si l'on songe que ce n'est pas à
« Paris seulement, mais dans toutes les grandes
« villes, dans tous les grands centres d'enseigne-
« ment médical, que sera jetée à terre l'organisation
« que plus d'un étranger envie à la France ? »

213. La question se complique encore du fait que les médecins praticiens et les médecins des hôpitaux pourraient pour des raisons d'intérêts divergents, n'être pas d'un avis unanime.

Cependant il faut constater que jusqu'ici les médecins et chirurgiens des hôpitaux demeurent solidaires de leurs confrères. A la veille du vote de la

loi du 30 avril 1930, le D^r RINUY écrivait : « Médecins praticiens de la ville et médecins des hôpitaux ont les mêmes intérêts et ne devront jamais être opposés les uns aux autres. Leur tactique consistera à former un seul bloc, pour ne pas se laisser entamer par les jours sombres que réserve à notre profession la Loi sur l'assurance-maladie » (op. cit.).

214. Le législateur n'a pas cru devoir prendre nettement parti pour ou contre les hôpitaux publics : leur porte reste ouverte aux assurés, mais ces derniers pourront, s'ils le préfèrent, s'adresser à des maisons de santé privées. La Loi dispose toutefois qu'« en cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants » (art. 6, § 2).

Or les hôpitaux pratiquent des tarifs très réduits. Ils le peuvent parce que leurs installations sont déjà amorties et parce que, destinés en principe aux indigents, ils sont organisés, aussi économiquement que possible (salles communes, etc...) Les établissements privés ne peuvent les concurrencer à cet égard.

Les frais médicaux eux aussi sont beaucoup moins élevés dans les établissements publics que dans les autres; c'est pourquoi l'Administration, soucieuse d'assurer l'équilibre financier des caisses,

pousse celles-ci à utiliser les hôpitaux publics. Dans sa circulaire du 24 août 1930, relative à l'établissement des tarifs de responsabilité (J. O. du 27 août 1930), le Ministre du Travail déclare : « Les caisses
« qui disposeront largement de l'hôpital dans les
« villes centres d'enseignement devront avoir un
« chiffre-clé très bas (8 francs au maximum) pour la
« nomenclature des soins chirurgicaux et de spécialités, ou, ce qui revient au même, réduire de 50 %
« les coefficients du tarif syndical.

« Les autres caisses, celles du moins qui ne trouveront pas dans les hôpitaux de leur voisinage, en ce qui concerne les honoraires médicaux, de conditions analogues à celles qui peuvent être obtenues des villes centres d'enseignement auront une situation difficile tant qu'elles ne disposeront pas d'établissements leur appartenant ou liés par un contrat avec elles, et où elles pourront réaliser des prix voisins de ceux des grands hôpitaux ».

215. Si les assurés veulent ne pas conserver à leur charge la majeure partie des frais médicaux et des frais d'hospitalisation, ils sont donc dans l'obligation d'aller à l'hôpital.

LES CONTRATS.

216. Il a été établi des projets-types de conventions à passer par les caisses avec :

1° l'Administration générale de l'assistance publique de Paris;

2° les commissions administratives des hôpitaux publics autres que ceux de l'assistance publique de Paris ¹.

Mais on a estimé qu'il n'était pas possible d'élaborer des projets de conventions-types pour les établissements privés, en raison de la variété des situations particulières. Une plus grande initiative est donc laissée aux parties en ce qui concerne ces établissements.

217. Suivant les circonstances, les assurés en traitement dans un établissement hospitalier peuvent, soit être soignés obligatoirement par le personnel médical attaché à l'établissement, soit conserver le libre choix de leur médecin comme s'ils étaient soignés à domicile ².

Dans le premier cas, la convention précise les conditions dans lesquelles les soins médicaux leur sont dispensés. Il appartient à l'administration de l'hôpital de se mettre d'accord à ce sujet avec ses médecins et chirurgiens. Dans le second cas, il y a simplement lieu de se référer aux dispositions des conventions intervenues entre les caisses et les syndicats médicaux ³.

218. Les conventions hospitalières sont passées directement entre les caisses et l'administration des différents établissements. L'intervention des syndi-

(1) J. O. du 8 août 1930. L. et D., page 9.172.

(2) Ci-après §§ 221 et 222.

(3) Ci-dessus §§ 65 à 80.

cats de praticiens n'est pas prévue. Mais pour éviter que leurs intérêts ne soient compromis, les différents syndicats intéressés exigent en général que des garanties leur soient données sous ce rapport. Ils tâchent de les obtenir en demandant l'insertion d'une clause spéciale dans les conventions qu'ils passent avec les caisses pour l'organisation des soins à domicile. Mais il arrive que certaines caisses se refusent à leur donner satisfaction. Ce refus entraîne parfois l'échec des pourparlers.

219. Les conventions entre les caisses et les établissements hospitaliers déterminent les tarifs à appliquer aux assurés en ce qui concerne les frais d'hospitalisation proprement dits.

Quant aux honoraires médicaux, ils peuvent, suivant les cas, être décomptés suivant un tarif forfaitaire, par journée de maladie, ou être librement fixés entre l'assuré et les praticiens, suivant le système de l'« entente directe » et supportés par la caisse jusqu'à concurrence de son tarif de responsabilité¹.

220. Les caisses ont le devoir de passer des contrats avec des établissements, de façon à pouvoir répondre à tous les besoins de leurs membres.

Il est difficile de prévoir, dès la fondation d'une caisse, à quels genres d'établissements elle devra avoir recours. C'est souvent au fur et à mesure des besoins de ses membres qu'elle sera amenée à passer

(1) Ci-après §§ 223 à 226.

de nouveaux contrats. Car ce n'est pas seulement dans les hôpitaux ordinaires que les assurés pourront être admis, ils ont également le droit d'être soignés, en cas de besoin, dans des établissements spéciaux (sanatoria, préventoria, etc....).

LE CHOIX DU MÉDECIN.

221. Les raisons qui militent en faveur du libre choix ont autant de valeur pour les malades hospitalisés que pour ceux soignés à domicile. D'ailleurs un malade ne se fait pas toujours hospitaliser dès le début d'une affection et il serait préférable qu'il continuât à être soigné par le médecin qui l'a suivi dès le début. Aussi bien, la Loi ne fait-elle aucune distinction. Le libre choix devrait donc pouvoir être exercé sans réserve, même en cas d'hospitalisation.

Mais, pour que l'assuré hospitalisé puisse choisir son médecin, il est nécessaire que l'établissement dans lequel il se trouve l'y autorise : les établissements hospitaliers sont libres d'admettre ou de ne pas admettre les assurés; à plus forte raison, peuvent-ils subordonner leur admission à telles conditions qui leur plaisent.

222. Pour satisfaire au vœu de la Loi, les caisses doivent faire tous leurs efforts pour passer des conventions avec des établissements dans lesquels le libre choix est possible. Mais des considérations financières les obligent, nous venons de le voir, à con-

tracter surtout avec les hôpitaux publics. Or l'organisation actuelle de la plupart de ces derniers rend impossible l'exercice du libre choix. On conçoit difficilement en effet que des malades soignés dans des salles communes puissent faire venir à leur chevet leur médecin habituel. Toutefois cette faculté peut être accordée aux malades admis dans des quartiers ou pavillons séparés, ouverts à tous les malades payants.

La convention-type avec l'Administration de l'Assistance publique précise que les hôpitaux dépendant de cette administration « ne comportent nulle « part des catégories de salles distinctes, et qu'en « conséquence les assurés sociaux seront, dans les « hôpitaux, admis et traités comme les autres malades ». Cela équivaut à la suppression du libre choix dans ces établissements.

LES HONORAIRES MÉDICAUX.

223. Dans les cas exceptionnels où les assurés hospitalisés peuvent choisir leur médecin, il leur appartient de régler directement avec celui-ci la question des honoraires comme le font des malades soignés à domicile. Ces honoraires sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité. Cependant, pour ne pas rompre l'égalité entre ses membres, la caisse doit établir un tarif spécial pour les soins donnés dans les établissements de soins et fixer les chiffres de ce tarif de telle sorte que le montant des frais médicaux sup-

portés par elle soit équivalent, que l'assuré se fasse soigner par son médecin ou par celui de l'hôpital.

224. L'entente directe se conçoit beaucoup plus difficilement en l'absence du libre choix : en général le montant des honoraires et leurs modalités de paiement font l'objet d'une entente entre la caisse et l'établissement hospitalier, ce dernier traitant tant en son nom qu'au nom de son personnel médical. Les syndicats de médecins peuvent aussi intervenir, lorsque par les conventions avec les caisses, ils se sont réservé un droit de regard sur les conditions des conventions hospitalières.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, l'Administration avait d'abord prévu que l'entente directe serait toujours exclue et les honoraires du corps médical hospitalier fixés forfaitairement. C'est dans ce sens qu'avaient été établis les projets-types de conventions hospitalières. Il ne devait être apporté de dérogations à cette règle que pour certains hôpitaux dont le règlement intérieur prévoit explicitement l'entente et le paiement directs.

En ce qui concerne le mode de calcul des honoraires, des régimes différents étaient envisagés pour les hôpitaux des villes centres d'enseignement médical et pour les autres hôpitaux publics : dans les premiers, les honoraires devaient être décomptés obligatoirement, non à l'acte médical, mais à la journée, à un prix forfaitaire unique applicable à la fois à la médecine et à la chirurgie. Dans les autres, les honoraires devaient aussi être décomptés obliga-

toirement à un prix unique pour la médecine. Pour la chirurgie, les caisses étaient libres d'opter, d'accord avec le corps médical hospitalier, soit pour un prix de journée, soit pour l'application, avec un chiffre-clé réduit, de la nomenclature des spécialistes.

De toutes façons, le montant des honoraires devait être réglé par la caisse entre les mains du représentant du corps médical hospitalier, ce représentant pouvant être la direction de l'établissement.

Le tarif limitatif des droits à la réassurance prévoyait les maxima suivants :

a) Dans les hôpitaux publics des villes centres d'enseignement (par journée d'hospitalisation) :

Médecine et chirurgie : 4 francs ;

b) Dans les autres hôpitaux publics ou dans les cliniques ou maisons de santé ayant passé des contrats avec les caisses :

Médecine (par journée d'hospitalisation) : 4 francs ;

Chirurgie : (par journée d'hospitalisation) : 4 frs ;
à l'intervention forfaitaire : application du chiffre-clé de 3 francs à la nomenclature des spécialistes.

225. Ces dispositions suscitèrent de vives protestations de la part du corps médical, principalement de la part des chirurgiens et des spécialistes.

Ne pouvant obtenir le régime de l'entente directe pour tous les assurés, la Confédération des syndicats médicaux demanda qu'au moins une discrimination fut faite entre les catégories, « soit que la cinquième « catégorie au moins, fut soumise à la règle de l'entente directe dans les hôpitaux publics ; soit que

« les malades de la cinquième catégorie au moins ne
« puissent être traités dans les salles communes des-
« dits hôpitaux ».

Le Ministre du Travail finit par apporter certains tempéraments aux règles qu'il avait édictées tout d'abord : par une lettre adressée le 17 décembre 1930 à la Confédération des syndicats médicaux, il déclarait :

« Je ne repousse pas, pour les hôpitaux autres que
« ceux des villes de faculté, l'idée de faire varier le
« chiffre-clé des honoraires chirurgicaux à l'hôpital
« d'après la catégorie de l'assuré, à condition :

« a) que la dépense totale résultant pour la caisse
« du barème établi n'excède pas celle qui résulterait
« de l'application uniforme à toutes les catégories
« du chiffre-clé de 3 francs prévu par le tarif de réas-
« surance;

« b) que le chiffre-clé de 8 francs ne soit pas dé-
« passé pour la cinquième catégorie.

« J'accepte en outre que, dans les mêmes hôpitaux,
« le chirurgien ou le spécialiste de l'hôpital puisse
« s'entendre librement avec l'assuré de la cinquième
« catégorie pour un complément d'honoraires, à
« condition :

« a) que cette clause soit admise par la commis-
« sion administrative de l'hôpital et la caisse d'as-
« surances sociales et inscrite dans la convention
« hospitalière;

« b) que le total des honoraires perçus, tant sur la
« caisse que sur l'assuré, n'excède pas le chiffre ré-
« sultant de l'application à la nomenclature du
« chiffre-clé de 12 francs ».

Mais la question n'est pas définitivement tranchée. La solution offerte par le Ministre ne pourra être d'une application ni facile ni généralisée; le corps

médical, pour sa part, ne l'a acceptée provisoirement que comme un pis aller. Un ordre du jour voté par l'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats médicaux en date du 21 décembre 1930 formule l'avis des médecins :

« L'Assemblée Générale de la Confédération des
« syndicats médicaux français,

« ayant pris acte des modalités nouvelles proposées pour le règlement de la question hospitalière,

« considérant d'autre part, que les médecins et
« chirurgiens des hôpitaux bénéficient de par leurs
« situations spéciales d'avantages moraux et professionnels,

« déclare que l'étude s'impose dans un but de
« simplification et de justice, de réduire, pour
« l'hôpital public, les catégories des assurés sociaux
« à deux :

« 1° les indigents ou privés de ressources, pour
« lesquels le corps médical est prêt à envisager la
« gratuité complète des soins;

« 2° les autres assurés, pour lesquels l'entente directe avec le libre choix partout où il sera possible
« doit être reconnue comme la seule modalité équitable ».

226. Le régime suivant lequel les honoraires sont payés à la journée d'hospitalisation ne trouve pas son application lorsqu'il s'agit d'assurés venus simplement aux « consultations externes » données à l'hôpital. Les honoraires dus dans ce cas sont perçus d'après un barème prévu par la convention et répartis entre l'administration de l'hôpital et les membres du corps médical hospitalier.

CONTROLE.

227. L'organisation du contrôle diffère suivant la nature des établissements.

Dans les établissements publics, il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la caisse tel qu'il résulte des conventions. Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent lesdites conventions.

En ce qui concerne les établissements privés, le contrôle technique est assuré par l'intermédiaire de l'un des syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse a contracté. Il s'exerce dans des conditions analogues à celles prévues pour le contrôle des soins donnés au domicile du malade ou au cabinet du praticien.

ETABLISSEMENTS DE SOINS APPARTENANT AUX CAISSES

228. Les caisses peuvent, si elles en ont les moyens, fonder ou acquérir des « dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention » (art. 33, § 4, et art. 6, § 1 de la Loi). On connaît l'extension prise

en Allemagne par les établissements de caisses¹. Les caisses françaises n'en posséderont sans doute pas de semblables avant de longues années : elles ne peuvent en effet créer des établissements de soins qu'au moyen de leurs « excédents de recettes ». D'autre part, il sera souvent plus onéreux pour elles de soigner leurs membres dans des établissements leur appartenant que de les faire soigner à l'hôpital.

229. Pour éviter que les intérêts des médecins ne puissent être lésés par l'organisation des établissements de caisses, il est prévu que « l'organisation « et le fonctionnement technique des établissements « fondés par les caisses seront réalisés par les conseils d'administration des caisses, après avis des « syndicats médicaux intéressés, lorsque les syndicats auront passé une convention avec les caisses » (art. 6, § 1, al 1, de la Loi).

D'autre part, pour sauvegarder les intérêts de l'enseignement médical « la construction ou l'aménagement (par les caisses) d'établissements hospitaliers de prévention ou de cure ne pourront s'effectuer dans les villes où siège une faculté ou une école de médecine qu'après avis des commissions administratives des hôpitaux et des conseils de facultés ou écoles de médecine » (art. 31, § 1^{er}, 1^o, d, de la Loi).

(1) Le D^r LIEK, lui-même déclare : « On peut, sans hésitation, « permettre à n'importe qui de visiter nos superbes hôpitaux, « les sanatoria pour tuberculeux, les maisons de repos, etc... « Seul un fou ou un être malveillant pourra contester les progrès remarquables faits en Allemagne depuis l'application du « Code des assurances sociales. » (*Les méfaits des assurances sociales en Allemagne*, page 37).

230. L'article 6, § 2 de la Loi dispose que « l'organisation et le fonctionnement technique des établissements fondés par les caisses seront réalisés par les conseils d'administration des caisses, après avis des syndicats médicaux intéressés, lorsque les syndicats auront passé une convention collective avec les caisses ».

Il semble qu'en l'absence de conventions avec les syndicats, les caisses soient absolument libres d'organiser leur service médical comme elles l'entendent, et même d'exclure le libre choix et l'entente directe.

ETABLISSEMENTS AVEC LESQUELS LES CAISSES N'ONT PAS CONTRACTÉ

231. Si l'assuré ne veut pas se faire soigner dans un établissement appartenant à la caisse ou ayant passé un contrat avec elle, il est libre de s'adresser à un autre établissement de son choix.

Dans ce cas, il reçoit les mêmes indemnités que s'il était soigné à domicile : les frais médicaux lui sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité et les indemnités journalières correspondant à ses journées d'incapacité de travail lui sont versées sans aucune déduction.

LES ASSURANCES SOCIALES ET L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

232. Les assurés conservent à leur charge une notable partie de leurs frais médicaux : outre la participation de 15 à 20 % que la Loi leur impose, suivant les catégories, et qui, pour les interventions chirurgicales, peut atteindre une certaine importance, ils ont à supporter la différence entre le tarif de la caisse et celui qui leur est appliqué par le médecin.

Cela peut représenter une charge hors de proportion avec les ressources de certains assurés, de ceux surtout qui bénéficiaient déjà du régime de l'assistance médicale gratuite, tel qu'il avait été établi par une législation antérieure à celle des assurances sociales. Il ne fallait pas que l'application de la nouvelle loi, au lieu de marquer pour eux un progrès, eût pour conséquence, en substituant à l'ancien état de choses un état de choses nouveau, de les priver complètement des avantages auxquels ils pouvaient prétendre jusqu'ici. Le législateur s'en est rendu compte. L'article 59 de la Loi répond à cette préoccupation :

« Art. 59, § 1. — *Pour les assurés notoirement indigents, inscrits sur la liste prévue ci-après, il ne sera*

« prélevé aucun pourcentage de participation aux
« frais médicaux et pharmaceutiques en cas de mala-
« die, grossesse et invalidité.

« Il sera établi une liste spéciale de ces assurés,
« conformément à l'article 12 de la loi du 15 juillet
« 1893; cette liste sera communiquée pour avis à la
« caisse primaire.

« Les dépenses de ce service seront tarifées confor-
« mément à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du
« travail et supportées pour 80 % par la caisse pri-
« maire et pour 20 % par la commune du domicile
« de secours.

« Les dispositions ci-dessus sont applicables aux
« membres de la famille de l'assuré inscrit sur ladite
« liste spéciale ».

Le Ministre du Travail a réglé les modalités d'ap-
plication de cet article par ses circulaires des 4 octo-
bre et 25 octobre 1930.

Ces dispositions ne visent qu'un cas très particulier
de l'assurance. D'autre part, elles ne semblent pas
avoir trouvé leur formule définitive et des remanie-
ments apparaissent dès maintenant comme néces-
saires. Aussi pensons-nous qu'il serait sans grand in-
térêt d'insister plus longuement sur ce point.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous nous sommes efforcé de rechercher dans la foule des textes législatifs, réglementaires ou administratifs, les principes essentiels pour les mettre en lumière : nous n'en avons à dessein retenu que ce qui pouvait nous permettre de donner une idée des questions posées par l'application médicale des assurances sociales. Nous avons indiqué quelles sont les branches de ces assurances qui comportent des prestations médicales et nous n'avons présenté que celles-là. Nous avons ensuite montré le mécanisme souvent compliqué, mais en dernière analyse étudié dans tous ses détails, qui permet de dispenser les soins médicaux aux assurés et règle les rapports de ces derniers et des caisses primaires avec le Corps médical. Enfin nous avons étudié, parce qu'ils posent autant de problèmes particuliers se greffant sur le problème général précédent, comment sont prévus les accouchements, les soins dentaires, l'hospitalisation. Il nous reste à tirer quelques conclusions.

L'édifice ainsi construit, péniblement élevé au milieu des controverses souvent passionnées, a du moins un mérite : celui d'exister. Les textes que nous avons

cités ou analysés, les administrations organisées, les caisses constituées, les nombreuses commissions créées, les conventions passées, les tarifs mis sur pied, les contrôles institués, tout cela représente un effort considérable qu'on est bien obligé de reconnaître. A la vérité l'ampleur du problème posé devant le Parlement, les répercussions qu'il était susceptibles d'entraîner dans les domaines moral, social, économique, demandaient qu'on le traite sous tous ses aspects. Les hommes qui ont assumé cette tâche s'y sont donnés avec la conscience d'accomplir une grande œuvre. Ils n'ont pas marchandé leurs efforts.

Est-ce à dire qu'ils aient parfaitement réussi ? Nous ne saurions être taxé de critique partielle, si, reprenant l'aveu même des inspireurs et des créateurs des assurances sociales, nous répondions *ex abrupto* à cette question par la négative. La précaution que nous avons prise, pour plus de clarté, de répartir notre texte en paragraphes distincts, les titres et les sous-titres que nous avons multipliés, les redites que, pour être certains d'être mieux compris, nous avons cru devoir introduire dans notre exposé, les avis nombreux, tous également sincères et autorisés, mais parfois contradictoires que nous avons cités, montrent combien est encore lourd cet appareil, combien est encore délicat ce mécanisme aux rouages multiples : nous avons souvent été conduits à constater que les dispositions prises comportent encore des lacunes ; nous avons pu montrer les conflits d'intérêts soulevés par leur application. Il n'est pas douteux qu'il faille, tôt ou tard, alléger le système,

préciser les points demeurés dans le vague, résoudre ou aplanir les conflits. On y travaille déjà.

Peut-être cependant ne faudrait-il pas y travailler trop tôt ni trop précipitamment. Pour lourde qu'elle soit, la machine s'est mise en mouvement. Elle tourne. Sans doute quelques grincements sont-ils déjà perceptibles. Mais, pour poursuivre la métaphore communément admise, nous estimons qu'il vaut mieux la laisser tourner pendant quelque temps : les défauts dès maintenant apparents ne sont pas d'une telle gravité qu'ils puissent nécessiter une révision immédiate; au demeurant, les solutions qui permettraient d'y porter remède n'apparaissent pas encore comme évidentes.

Sans vouloir préjuger de ce qui sera fait, nous tenons néanmoins à préciser qu'à notre sens des questions se posent auxquelles il est indispensable de donner une solution rapide, si l'on veut précisément que l'essai commencé se poursuive utilement; la plus importante est sans conteste celle des frais médicaux.

L'œuvre des assurances sociales n'aura pas atteint son but tant qu'elle laissera à la charge de ses bénéficiaires une part considérable de ces frais. D'un côté, les assurés reçoivent des indemnités, mais d'un autre côté, ils ont à effectuer des paiements qui dépassent largement le montant des sommes perçues ! Comment combler cette différence, autrement qu'en faisant appel à leurs possibilités personnelles ? Il semble qu'il y ait à première vue deux solutions possibles : ou bien leur accorder des indemnités supérieures, mieux adaptées aux dépenses à suppor-

ter, ou bien adapter ces dépenses au montant des indemnités reçues.

Le premier terme de ce dilemme conduirait à demander aux caisses d'augmenter leur tarif de responsabilité. Peuvent-elles le faire ? Ces tarifs ont été déterminés avec une prudence voulue dans le dessein de ne pas imposer aux caisses des dépenses hors de proportion avec leurs recettes. Or l'expérience des premiers mois d'application a prouvé que, par le seul jeu des cotisations perçues, les caisses se trouvent en situation prospère et ont des excédents de recettes parfois très importants. Les craintes qui s'étaient manifestées dans le sens contraire au moment de l'élaboration de la Loi n'étaient peut-être pas sans fondement ; mais, jusqu'ici, les faits ne les ont pas confirmées. On pourrait donc être tenté de tenir pour possible la solution à laquelle nous faisons allusion tout à l'heure. Nous savons en effet qu'on envisage une augmentation du tarif de réassurance, augmentation qui, par voie de conséquence, permettra le relèvement des tarifs de responsabilité. Mais nous estimons cependant qu'il pourrait être dangereux de se départir d'une certaine circonspection, étant donné surtout que les excédents actuels sont imputables en grande partie à l'inexpérience des assurés, trop nouveaux venus à ce système et encore trop peu familiarisés avec l'utilisation courante des assurances mises à leur disposition : bien qu'aucune statistique n'ait encore été publiée à ce sujet, nous avons pu recueillir à diverses sources des renseignements sur la situation financière d'un cer-

tain nombre de caisses primaires. Tous concordent pour établir une augmentation continue et rapide des dépenses. Il est bien difficile à l'heure actuelle d'augurer de quelle façon se poursuivra cette évolution et quelle sera la situation lorsque, la Loi ayant fonctionné pendant un certain temps, on pourra considérer qu'on est arrivé à un stade de fonctionnement normal.

Le second terme du dilemme posé conduirait à l'abaissement des tarifs syndicaux minima : à défaut d'indemnités plus importantes accordées par les caisses, les assurés bénéficieraient d'exigences réduites de la part de leurs médecins. Que peut-on espérer dans cette voie ? Quelques syndicats de médecins ont déjà consenti des concessions appréciables en acceptant de réduire légèrement leurs tarifs syndicaux. Cet exemple sera peut-être suivi par d'autres syndicats. On peut escompter qu'il se produira petit à petit un ajustement des tarifs syndicaux, mais sans que, cependant, les médecins admettent de les abaisser au niveau des tarifs de responsabilité pratiqués par les caisses. Aussi bien estiment-ils qu'il est indispensable de conserver entre leurs tarifs et ceux des caisses un écart suffisant pour augmenter l'efficacité du ticket modérateur et éviter ainsi que les assurés ne prennent l'habitude d'user trop facilement, pour des motifs futiles, des consultations et des soins médicaux.

La solution parfaite serait celle qui permettrait aux assurés d'être couverts de leurs frais en totalité,

sous la seule réserve du ticket modérateur. En son état actuel, la Loi ne le leur permet pas. C'est, par suite, en dehors de la Loi elle-même, que certains ont cherché une voie pour y parvenir : tels les mutualistes qui ont songé à faire prendre en charge les excédents de frais par des sociétés de secours mutuels; tels encore certains patrons qui ont institué au profit de leur personnel des consultations médicales gratuites dont ils supportent tous les frais. La présentation détaillée de ces systèmes sortirait nettement du cadre de la présente étude.

Notons cependant que certaines caisses pensent entrevoir cette solution parfaite dans la création d'« établissements de caisse ». Les assurés conserveraient toujours la faculté de se faire soigner par le médecin qui leur conviendrait, et ceci dans le cadre général des dispositions de la Loi, c'est-à-dire en exerçant leur libre choix, mais à charge pour eux de supporter les excédents de frais. Pour le cas où ils ne seraient pas en mesure de faire face à cette charge, la caisse leur ouvrirait son propre établissement où elle les ferait soigner à des prix très réduits par ses médecins, soit en les hospitalisant, soit en les admettant simplement aux consultations externes, suivant la gravité de leur état.

Peut-être faudrait-il voir dans ce système, s'il venait à se généraliser, et il se généralisera dans la mesure où les médecins de caisse s'attireront la confiance des assurés, un acheminement vers la transformation de la profession médicale et des conditions dans lesquelles elle s'exerce.

Quoiqu'il en soit, il est certain que les assurances sociales auront d'inévitables répercussions dans ce domaine. Les médecins ne se le dissimulent pas. Ils ont lutté pour présenter et pour défendre leurs points de vue particuliers, mais nous tenons à leur rendre cet hommage qu'en toutes circonstances, ils savent placer très haut l'idéal de leur profession. Nous n'en voulons citer de meilleure preuve que ces déclarations des Docteurs CIBRIE et HILAIRE : « La vie sociale est
« d'ailleurs animée d'un mouvement qui va s'accélé-
« rant; que nous le voulions ou non, nous sommes en-
« traînés dans le tourbillon. Il faut nous adapter et
« nous organiser dans cette évolution progressive de
« la société avec la préoccupation constante de con-
« server à la médecine française son renom haute-
« ment mérité de science et de conscience » ¹.

Vu, le Président de la thèse,

ROUAST.

Vu, le Doyen,

H. BERTHÉLEMY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

(1) *Guide pratique*, page V de la préface.

BIBLIOGRAPHIE

Nous indiquons ci-dessous les ouvrages que nous avons utilisés. Nous les avons classés dans l'ordre chronologique de leur parution. Nous mentionnons également les revues que nous avons consultées.

R. COUREAU.

Les assurances sociales dans les industries d'Alsace et de Lorraine. *Imprimerie strasbourgeoise, mars 1919.*

Docteur C. CHAUVÉAU.

Loi sur les assurances sociales, commentaire juridique, financier et administratif. *Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1928.*

Roger PICARD.

Les assurances sociales. Commentaire de la Loi du 5 avril 1928. *Librairie des Juris-classeurs, 1928.*

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL.

Assurance-maladie obligatoire. Analyse comparative des législations nationales et des résultats de leurs applications. *Publication du Bureau international du travail, 1928.*

H. SOLUS.

Qu'est-ce que les assurances sociales ? Guide pratique et texte annoté de la Loi du 5 avril 1928. *Sirey, 1929.*

René HUBERT et René LEPROUST.

Les assurances sociales. Tome I. La mise en application (5 avril 1929 — 5 février 1930). *Dalloz, 1929.*

Docteur E. LIECK.

Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier. Traduction française par Raoul et Edgard Lantzenberg. *Payot, février 1929.*

E. FLEURY.

Commentaire pratique et critique de la Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. *Sirey* 1929.

Gaston TESSIER.

En face des assurances sociales. *Spes* 1929.

H. SOLUS.

Quel est le nouveau régime des assurances sociales ? Guide pratique et texte annoté de la Loi du 30 avril 1930, des décrets et arrêtés en portant application. *Sirey*, 1930.

E. ANTONELLI.

Guide pratique des assurances sociales. *Payot*, 1930.

François VIEL.

Traité pratique des assurances sociales. *Edition de la Revue de droit fiscal et commercial*, 1930.

Docteur CIBRIE et D^r HILAIRE.

Assurances sociales. Assurance maladie. Guide pratique à l'usage des médecins et des syndicats médicaux. *Edité par la Confédération des syndicats médicaux français*, 1930.

René HUBERT, René LEPROUST et Daniel JAVERZAC.

Les assurances sociales. Tome II. Le fonctionnement. *Dalloz*, 1931.

Pierre TISSIER, Pierre CLOSSET, Pierre OLIVIER de SARDAN.

Traité des assurances sociales. *Librairie des juris-classeurs* 1931.

REVUES

Revue générale des Assurances sociales et des accidents du travail.

Journal des assurances sociales.

Le Moniteur des assurances sociales.

Bulletin mensuel des allocations familiales et des assurances sociales.

Bulletin de la Fédération nationale des syndicats médicaux de France.

Le médecin syndicaliste, ancien organe de l'Union des syndicats médicaux de France.

Le médecin de France. *Journal Officiel de la Confédération des syndicats médicaux français.*

Journal de médecine et de chirurgie pratiques.

Le concours médical.

La presse médicale.

Bulletin du syndicat médical de Paris.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Bulletin de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des Colonies.

Le médecin stomatologiste. *Bulletin officiel du syndicat des médecins stomatologistes.*

Bulletin mensuel de la Fédération des syndicats médicaux de l'Aube.

ANNEXE I

NOMENCLATURE DES ACTES DE PRATIQUE MÉDICALE COURANTE ET DE PETITE CHIRURGIE

NUMÉRO de nomen- clature	DÉSIGNATION	COEFFICIENT (1)
C. ou V.	Consultation simple ou avec injection sous-cutanée, injection intra-musculaire, pose de ventouses simples ou scarifiées, pointes de feu, massage. (Le prix de la visite est égal à celui de la consultation, augmenté de l'indemnité de déplacement).	1
V. D.	Visite demandée le dimanche	2
V. N.	Visite de nuit	3
P. C. n° 2	Injection sous-cutanée de sérum physiologique	2
Idem.	Injection sous-cutanée de sérum antitoxique	2
Idem.	Injection intra-veineuse médicamenteuse (autre que celle de novarsénobenzol)	2
Idem.	Hémothérapie (auto ou hétéro)	2
Idem.	Prise de sang pour Wassermann ou analogues	2
Idem.	Ouverture d'abcès superficiel (ou d'hématome)	2
Idem.	Grand pansement	2
Idem.	Cathétérisme de l'urèthre	2
Idem.	Injection intra-utérine	2
P. C. n° 3	Injection intra-veineuse de novarsénobenzol.	3
Idem.	Saignée	3
Idem.	Ponction d'abcès froid	3
Idem.	Suture simple (1 ou 2 points)	3

(1) Les coefficients donnent le rapport du prix de chaque intervention au prix de la consultation pris comme unité, d'après la pratique moyenne courante, et sous réserve de certaines variations locales.

NUMÉRO de nomen- clature	DÉSIGNATION	COEFFICIENT (1)
P. C. n° 2	Tamponnement des fosses nasales pour épistaxis	3
P. C. n° 4	Ponction d'hydarthrose	4
Idem.	Ponction d'hydrocèle	4
Idem.	Ponction lombaire	4
Idem.	Ponction d'abcès froid avec injection modificatrice	4
Idem.	Très vaste pansement	4
Idem.	Pansement intra-utérin	4
Idem.	Extraction de corps étranger superficiel	4
P. C. n° 5	Ponction d'ascite	5
Idem.	Ouverture d'abcès profond	5
Idem.	Réunion par suture multiple (plus de 2 points)	5
Idem.	Réduction de hernie étranglée par taxis	5
Idem.	Traitement de l'asphyxie	5
P. C. n° 6	Ponction de pleurésie (évacuatrice) .	6
	Accouchement simple (y compris 9 visites consécutives)	40
	Accouchement gémellaire (y compris 9 visites consécutives)	60

Nous indiquons par ailleurs (§ 182) que les chiffres de cette nomenclature relatifs aux accouchements ne doivent pas être retenus.

(1) Voir ci-dessus § 92.

ANNEXE II

NOMENCLATURE DES SOINS DENTAIRES

INITIALES correspondant aux indications fournies par le praticien traitant sur la feuille de traitement.	DÉTAIL DES INTERVENTIONS	COEFFICIENT (3)
Co.	Consultation (1)	1
Ex.	Extraction de dent ou racine	4/3
Ex. S.	Extractions supplémentaires (lorsqu'il y a plusieurs dents à extraire en plus de la première)	2/3
Ex. I.	Extraction de dent incluse	10/3
T. G.	Séance de traitement des gencives (2).	1
N. B.	Nettoyage de bouche	4/3
Ob.	Obturation (matière plastique ou métal)	2
T. R.	Traitement de la pulpe ou des canaux radiculaires	2
H. S.	Traitement d'une hémorragie secondaire	4/3
Ab.	Incision d'un abcès	1
R. D.	Radiographie dentaire après accord préalable avec la caisse	8/3
	<i>Prothèse dentaire :</i>	
	Appareils en vulcanite ou métal non précieux	
	Plaque base	10/3
	La dent (porcelaine)	10/3
	Le crochet	2
	Réparation d'un appareil (fracture) .	2
	Ajouter une dent ou un crochet	10/3
	S'il y a plusieurs dents à ajouter, chacune	2
	Cette nomenclature sera complétée ultérieurement dans la même forme en ce qui concerne les soins et inter- ventions non prévus ci-dessus.	

(1) La consultation consiste dans l'examen complet de la bouche non suivi dans la même séance d'une des interventions prévues par la nomenclature. Les interventions prévues par la nomenclature s'entendent du traitement complet correspondant même si le malade doit se présenter plusieurs fois au praticien.

(2) Il faut entendre, par traitement des gencives, les soins spéciaux nécessités par un état pathologique de la muqueuse buccale (applications médicamenteuses, pointes de feu, etc.).

(3) Les coefficients donnent le rapport du prix de chaque intervention au prix de la consultation pris comme unité d'après la pratique moyenne courante, et sous réserve de certaines variations locales.

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
L'ASSURANCE-MALADIE	11
L'ASSURANCE-MATERNITÉ	33
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ	39
LES SOINS MÉDICAUX :	
L'attitude du corps médical vis-à-vis des assurances sociales	47
Les conventions entre les caisses et les syndicats de médecins	56
Le choix du médecin	68
Les honoraires médicaux, l'entente directe	76
Les rapports entre médecins et assurés	97
Le secret professionnel	107
Le contrôle	112
Le contentieux	130
LES ACCOUCHEMENTS	139
LES SOINS DENTAIRES	147
L'HOSPITALISATION	157
LES ASSURANCES SOCIALES ET L'ASSISTANCE MÉDICALE GRA- Tuite	177
CONCLUSION	179
BIBLIOGRAPHIE	187
ANNEXES	191

